



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

A SAÚDE MENTAL NO CICLO VITAL

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa do Porto para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Por Rita Durães Pinto

Porto, Maio de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

A SAÚDE MENTAL NO CICLO VITAL

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da
Universidade Católica Portuguesa do Porto para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Por Rita Durães Pinto

Sob orientação de Professora Aida Maria Silva Fernandes

Porto, Maio de 2011

"As pessoas que se encontram a viver processos de sofrimento, alteração ou perturbação mental têm ganhos em saúde quando cuidados por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental (EESM), diminuindo significativamente o grau de incapacidade que estas perturbações originam."

*[Preâmbulo do Regulamento n.º 129/2011, que regulamenta as Competências Específicas do
Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental]*

RESUMO

A Organização Mundial de Saúde define saúde, desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, como “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual, e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. De estes elementos, a saúde mental tem, historicamente, vindo a assumir um papel de menor relevância no que diz respeito ao planeamento e implementação de políticas de saúde um pouco por todo o mundo, quando comparada ao investimento na saúde e doença físicas e na componente social. Na verdade, o conhecimento de que todas estas dimensões estão intimamente relacionadas realça a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença mental, quer primária, quer secundária e terciária.

A Unidade Curricular de Estágio permitiu o desenvolvimento de competências profissionais na área da Enfermagem de Saúde Mental em todas as fases do ciclo vital e nos três níveis de prevenção. Permitiu, ainda, desenvolver competências tendo em conta as necessidades específicas de diferentes grupos vulneráveis, como sendo populações vulneráveis da cidade do Porto – idosos em situação de isolamento, profissionais do sexo, toxicodependentes - em articulação com a Organização Não Governamental Médicos do Mundo (MdM), adultos em crise por doença psiquiátrica aguda, no Hospital de Magalhães Lemos (HML), no serviço de internamento de adultos residentes na área geográfica de Matosinhos, e, ainda, crianças e jovens em risco, seus familiares e cuidadores, numa óptica comunitária, no Projecto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC) do IDT, I.P.

O presente relatório adopta uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, procurando contextualizar teoricamente a importância de cada local de estágio na aquisição de competências especializadas, no âmbito do *saber*, do *saber fazer*, e do *saber ser*, ao longo do estágio, na área específica da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem, Saúde Mental, Psiquiatria, Comunidade, Ciclo de vida.

ABSTRACT

The World Health Organization defines health, since the World Health Assembly in 1983, as “a complete state of physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease or infirmity.” Of all these factors, mental health has historically been playing a less important role with regard to planning and implementation of health policies all over the world, when compared to the investment in physical health, disease and in the social component. Indeed, the knowledge that all these dimensions are closely related, stresses the importance of health promotion and prevention of mental illness, either primary, secondary or even tertiary.

The curriculum unit Internship allowed the development of skills in the area of Mental Health Nursing, in all life cycle phases, and in all three levels of prevention. It also allowed the development of expertise with regard to the specific needs of different vulnerable groups, such as vulnerable population of Oporto city – the elderly in isolation, sex workers and drug addicts – in conjunction with nongovernmental organization Médecins du Monde (MdM), adults in crisis for acute psychiatry illness, in Magalhães Lemos Hospital (HML), in a service that provides care to adult residents of the geographic area of Matosinhos; and even children and youth at risk, their families and caregivers, in a community perspective, in collaboration with the Integrated Project of Community Support (PIAC) of the Drug and Drug Addiction Institute.

This report adopts a descriptive, critical and reflective analysis, seeking to contextualize the theoretical importance of each Internship setting in the acquisition of expertise within the knowledge, know-how, and *how to be* knowledge, in the specific area of Mental Health Nursing and Psychiatry.

KEYWORDS: Nursing, Mental Health, Psychiatry, Community, Life Cycle.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e irmã, a paciência, o apoio e o amor incondicional, sem os quais este percurso não teria sentido.

Às Senhoras Professoras Aida e Regina, por terem ajudado a iluminar o meu caminho.

Aos Senhores Enfermeiros Tutores, toda a disponibilidade, o acolhimento, e o empenho em acompanhar-me no meu percurso, passo a passo.

Aos utentes e seus familiares, terem contribuído para o meu crescimento, e me dado a honra de partilhar as suas vivências.

A todos, Muito Obrigada.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ARS Norte, IP – Administração Regional de Saúde do Norte, IP
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CID-9 – Classificação Internacional de Doenças, versão 9
CPCJ – Comissão de Protecção de Crianças e Jovens
ECTS – European Credit Transfer and Accumulation System (Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos)
EESMP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
EPS – Educação para a Saúde
ESM – Enfermagem de Saúde Mental
ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
ICSP – Instituto de Ciências da Saúde do Porto
IDT, IP – Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público
HML – Hospital Magalhães Lemos
MBI - Maslach Burnout Inventory
MDP – Modelo de Desenvolvimento Profissional
MdM – Médicos do Mundo
NOC – Nursing Outcomes Classification
OE – Ordem dos Enfermeiros
OG – Objectivos Gerais
OMS – Organização Mundial de Saúde
ONG – Organização não Governamental
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PIAC – Projecto Integrado de Apoio à Comunidade
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UIM – Unidade de Internamento de Matosinhos
VD – Visita domiciliária

LISTA DE ABREVIATURAS

Dra. - Doutora
Dr. - Doutor
Enf.^a - Enfermeira
Enf. – Enfermeiro
Prof.^a – Professora

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
1. ÂMBITO DE ACÇÃO - REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE	19
2. SUMARIZAÇÃO DAS PRINCIPAIS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS	23
2.1. MÉDICOS DO MUNDO PORTUGAL, REPRESENTAÇÃO NORTE	23
2.1.1. Aplicação de escala de <i>burnout</i> à equipa de voluntários	24
2.1.2. Educação para a saúde à equipa de voluntários	25
2.1.3. Desenvolvimento dos Instrumentos de Base ao Projecto “Mensanus”: Factores de Risco em Saúde Mental e Psiquiatria em PSA e IDOSOS	27
2.1.4. Outras actividades desenvolvidas nos Médicos do Mundo	28
2.2. UNIDADE DE INTERNAMENTO DE MATOSINHOS DO HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE	29
2.2.1. Estudo de Caso	30
2.2.2. Técnica de Relaxamento por Imaginação Guiada	32
2.2.3. Outras actividades desenvolvidas na Unidade de Internamento de Matosinhos do Hospital de Magalhães Lemos, EPE	36
2.3. PROJECTO INTEGRADO DE APOIO À COMUNIDADE (PIAC) DO INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, I.P.	37
2.3.1. Grupo Psicoeducativo de Jovens Abstinentes	38
2.3.2. Outras actividades desenvolvidas no Projecto Integrado de Apoio à Comunidade	41
3. COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS	43
4. CONCLUSÕES GERAIS	51
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
REFERÊNCIAS JURÍDICAS	57

ANEXOS

Anexo I – Projecto de Estágio

Anexo II – Caracterização do Projecto “Mensanus” da Representação Norte dos Médicos do Mundo Portugal

Anexo III – Caracterização da Unidade de Internamento de Matosinhos do Hospital de Magalhães Lemos, EPE

Anexo IV – Caracterização do Projecto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC) da Delegação Norte do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P

Anexo V – Escala para Avaliação Preliminar de Sinais de *Burnout* na Equipa de Voluntários dos MdM

Anexo VI – Aplicação do Questionário para identificação preliminar de sinais de *burnout* na equipa de voluntários dos MdM

Anexo VII – Plano de Sessão de Sensibilização da Equipa de Voluntários dos MdM-P relativamente ao Síndrome de *Burnout*

Anexo VIII – Instrumento: Factores de Risco em Saúde Mental e Psiquiatria em Idosos

Anexo IX - Instrumento: Factores de Risco em Saúde Mental e Psiquiatria em PSA

Anexo X – Estudo de Caso

Anexo XI – Técnica de Relaxamento por Imaginação Guiada

Anexo XII – Pesquisa sobre Testes enzimáticos de urina para pesquisa de metabolitos de substâncias de abuso

Anexo XIII – Caracterização do Grupo Psicoeducativo de Jovens Abstinentes e Planeamento de Sessões

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Critérios de inclusão e de exclusão dos utentes da UM do HML, EPE para a implementação da técnica de relaxamento por imaginação guiada, constantes em SAPE.....35

INTRODUÇÃO

À Unidade Curricular de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, correspondem 30 créditos, segundo o European Credit Transfer and Accumulation System (ou Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos, ECTS), os quais equivalem a 750 horas de trabalho. No sentido de desenvolvimento de competências em diferentes áreas, o Estágio esteve dividido em 3 Módulos, a cada um correspondendo 10 ECTS, ou seja, 180 horas presenciais.

O presente Relatório surge no contexto do Plano de Estudos do referido curso, pretendendo descrever o processo metodológico da implementação do projecto delineado, assim como as competências adquiridas em cada um dos diferentes módulos, descrevendo o trabalho desenvolvido no período compreendido entre 19 de Abril de 2010 e 31 de Janeiro de 2011.

A selecção dos locais de realização do estágio, em cada um dos três módulos, reflecte não só preferência individual, mas, também, uma lógica de desenvolvimento de competências profissionais na área da Enfermagem de Saúde Mental em todas as fases do ciclo vital, e tendo em conta as necessidades específicas de diferentes grupos vulneráveis.

Irão assim ser apresentadas actividades desenvolvidas, no **Módulo 1**, junto de populações vulneráveis da cidade do Porto (idosos em situação de isolamento social, sem-abrigo, toxicodependentes e trabalhadores do sexo), em articulação com a Organização Não Governamental (ONG) Médicos do Mundo (MdM) Portugal, Representação Norte; no **Módulo 2**, actividades na Unidade de Internamento de Matosinhos do Hospital de Magalhães Lemos, EPE (HML, EPE), o que me permitiu o aprimoramento de gestão de situações agudas de doença mental em adultos; finalmente, no **Módulo 3**, junto de crianças e jovens em risco, suas famílias e cuidadores, no Projecto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC) do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, I.P.).

O presente relatório tem como principais objectivos descrever o percurso realizado desde a fase de projecto à sua implementação, assim como apresentar a reflexão crítica das actividades desenvolvidas, apreciar os ganhos obtidos sob a forma de competências adquiridas e desenvolvidas, e ainda apresentar as actividades mais relevantes. A par destes objectivos, o presente relatório constitui igualmente um instrumento de avaliação, cotado com 5 ECTS, que pretende satisfazer parcialmente os requisitos para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Por esta razão, adopta uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, que pretende partir do saber adquirido para a prática, e desta para as competências desenvolvidas com cada actividade.

Será dividido, como tal, em diferentes capítulos. Inicialmente é realizada uma contextualização teórica do trabalho realizado, e apresentada uma reflexão sobre a importância dos cuidados de enfermagem de saúde mental na comunidade. Seguidamente, são sumariadas as principais actividades desenvolvidas ao longo dos três módulos de Estágio. Finalmente, é apresentado um capítulo que, tendo por base a reflexão sobre as actividades, apresenta as competências adquiridas ao longo do Estágio.

Na certeza de que este caminho será de difícil concretização, dada a abrangência e multiplicidade de experiências e contextos, prevejo como maior dificuldade a concretização do mesmo de forma a transmitir a sua unicidade enquanto um estágio, evitando a visão fragmentada que os diversos contextos e experiências poderão inspirar. Espero, ainda assim, que este relatório possa reflectir de forma sistematizada, simples, e coesa, o caminho percorrido desde o projecto de acção até à aquisição das competências inicialmente desejadas.

1

ÂMBITO DE ACÇÃO - REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL NA COMUNIDADE

A Organização Mundial de Saúde define saúde, desde a Assembleia Mundial de Saúde de 1983, como um “um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual, e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. De estes elementos, a saúde mental tem, historicamente, vindo a assumir um papel de menor relevância no que diz respeito ao planeamento e implementação de políticas de saúde um pouco por todo o mundo, quando comparada ao investimento na saúde e doença físicas e na componente social. Na verdade, o conhecimento de que todas estas dimensões estão intimamente relacionadas realça a importância da promoção da saúde e da prevenção da doença mental, quer primária, quer secundária e terciária.

Neste contexto, e reconhecendo a necessidade de reestruturar os serviços de saúde mental de modo a diminuir a sobrecarga da doença mental para a sociedade portuguesa, e de aumentar os ganhos em saúde mental, em 1996 o Governo Português aprovou o Plano Nacional para a Saúde Mental cujos objectivos principais consistiam na elaboração de nova legislação neste âmbito, desenvolvimento duma rede nacional de serviços locais de saúde mental, substituição gradual de hospitais psiquiátricos por serviços comunitários e por departamentos de psiquiatria e de saúde mental em hospitais gerais, e o desenvolvimento da reabilitação psicossocial. Em 1998, uma nova Lei da Saúde Mental foi ratificada, de onde se destacam entre os seus princípios gerais: *a prestação de cuidados de saúde mental é promovida prioritariamente a nível da comunidade, por forma a evitar o afastamento dos doentes do seu meio habitual e a facilitar a sua reabilitação e inserção social; a prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspectos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.*

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2002), após analisar a prestação e o planeamento de serviços, propõe 10 recomendações de longo alcance que cada país pode adaptar de acordo com as suas necessidades e os seus recursos, entre as quais se realçam as seguintes: proporcionar cuidados na comunidade, referindo que “a prestação de cuidados, com base na comunidade, tem melhor efeito sobre o resultado e a qualidade de vida das pessoas com perturbações mentais crónicas do que o tratamento institucional”, e realçando a importância da assistência domiciliar; envolver as comunidades, as famílias, e os utentes, não só nas decisões políticas relevantes para a Saúde Mental, mas também e principalmente nos

planos de cuidados que melhor dão resposta às suas necessidades, e para os quais de deverá ter em consideração “a idade, o sexo, a cultura e as condições sociais”; preparar recursos humanos, aumentando e aperfeiçoando a formação dos profissionais em saúde mental, realçando que os cuidados de saúde primários oferecem “o contexto mais vantajoso para o tratamento inicial”, e a necessidade e efectividade do trabalho em equipa, “tendo em vista os cuidados e a integração total dos doentes na comunidade.”

Ainda segundo a OMS e a Organização Mundial de Médicos de Família (WHO; WONCA; 2008), existem sete boas razões para integrar a saúde mental em cuidados de saúde primários, nomeadamente: o grande peso das doenças mentais para as sociedades; a interdependência que muitas vezes se verifica entre afecções físicas e mentais; a grande lacuna existente no acesso a tratamento farmacológico de pessoas com afecções mentais que dele necessitam; a promoção do acesso aos serviços de saúde, dado que cuidados de saúde primários consistem na porta de entrada no Serviço Nacional de Saúde; o facto de os cuidados primários de saúde mental promoverem o respeito pelos direitos humanos; o facto de os cuidados primários de saúde mental serem suportáveis do ponto de vista económico, e possuírem uma boa relação custo-benefício; e, finalmente, o facto de os cuidados primários de saúde mental produzirem efectivos ganhos em saúde.

Em Janeiro de 2005, a Organização Mundial de Saúde promoveu uma Conferência em Helsínquia, que resultou numa declaração de saúde mental e num plano de acção para a saúde mental, “Enfrentar os Desafios, Construir as Soluções”, e, em Outubro do mesmo ano, no Luxemburgo, tomou lugar a Conferência Ministerial dos Estados membros da região europeia, tendo a Comissão Europeia, em Março de 2006, editado o Livro Verde para a Saúde Mental “Melhorar a Saúde Mental da População, Rumo a uma Estratégia de Saúde Mental para a União Europeia” cujos objectivos consistiam no início de um processo de consulta em saúde mental e a promoção da saúde mental na região europeia.

Todos estes esforços dão um importante contributo para a operacionalização de programas de saúde mental nas comunidades, baseados nas políticas de saúde e legislação vigente, e nas necessidades específicas das mesmas.

Actualmente, está em desenvolvimento uma grande expectativa na implementação do Plano Nacional de Saúde Mental, aprovado e legislado na Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, de 6 de Março. Esta legislação pretende sublinhar a importância da promoção *do acesso equitativo e de qualidade aos cuidados de saúde mental, de todas as pessoas com problemas de saúde mental do País, incluindo as que pertencem a grupos especialmente vulneráveis; promover e proteger os direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental; reduzir o impacto das perturbações mentais e contribuir para a promoção da saúde mental das populações; promover a descentralização dos serviços de saúde mental, de modo a permitir a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e a facilitar uma maior*

participação das comunidades, dos utentes e das suas famílias; promover a integração dos cuidados de saúde mental no sistema geral de saúde, tanto a nível dos cuidados primários, como dos hospitais gerais e dos cuidados continuados, de modo a facilitar o acesso e a diminuir a institucionalização. (Resolução do Conselho de Ministros nº 49/2008, de 6 de Março).

Enfermeiro é, segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, publicado em Diário da República sob a forma do Decreto-Lei n.º 161/1996, de 4 de Setembro, *“o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”*. Da mesma forma, o Enfermeiro especialista será *“o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Decreto-Lei n.º 161/1996, de 4 de Setembro).

O Enfermeiro especialista será, assim, um enfermeiro com um conhecimento aprofundado num campo específico da enfermagem, e com competências específicas que lhe permitem ter em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro).

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, publicado em Diário da República (2ª Série, n.º 35) a 18 de Fevereiro de 2011, sob a forma do Regulamento n.º 129/2011, e após ter sido aprovado em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental de dia 25 de Setembro de 2010 e em Assembleia Geral Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros a 20 de Novembro de 2010, *a enfermagem de saúde mental foca-se na promoção da saúde mental, na prevenção, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental. Na especificidade da prática clínica em enfermagem de saúde mental, são as competências de âmbito psicoterapêutico, que permitem ao enfermeiro EESM desenvolver um juízo clínico singular, logo uma prática clínica em enfermagem distinta das outras áreas de especialidade.*

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental (ESM) terá, assim, um papel privilegiado na intervenção terapêutica, na prevenção da doença mental, na promoção da saúde mental, no tratamento e na reabilitação psicossocial, mobilizando-se a si mesmo como instrumento terapêutico, e desenvolvendo vivências, conhecimentos e capacidades de âmbito

terapêutico que lhe permitem, durante a prática profissional, mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais (Regulamento n.º 129/2011). Torna-se, assim, essencial que o Enfermeiro ESM *incorpore continuamente as novas descobertas da investigação na sua prática, desenvolvendo uma prática baseada na evidência, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, participando também em projectos de investigação que visem aumentar o conhecimento e desenvolvimento de competências dentro da sua especialização* (Regulamento n.º 129/2011).

2

SUMARIZAÇÃO DAS PRINCIPAIS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

As actividades seguidamente apresentadas foram concretizadas durante o período de Estágio como forma de dar resposta a necessidades dos diversos serviços com os quais colaborei, de dar resposta a necessidades formativas das equipas, de necessidades de cuidados dos utentes acompanhados, e ainda como estratégia de aquisição de competências na área da enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Foram desenvolvidas a par com outras actividades, inerentes à integração nas diferentes equipas, mas realçam-se pela sua especificidade, e relevância para a aquisição de competências.

Segue-se um sumário das principais actividades desenvolvidas.

2.1.MÉDICOS DO MUNDO PORTUGAL, REPRESENTAÇÃO NORTE

Médicos do Mundo é uma ONG que promove ajuda humanitária e cooperação para o desenvolvimento, sem filiação partidária ou religiosa, e que promove a prestação de cuidados de saúde às populações mais vulneráveis, em projectos dentro e fora do país, e que preconiza que o acesso a cuidados primários de saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos, independentemente da sua nacionalidade, religião, ideologia, raça ou possibilidades económicas (Médicos do Mundo, 2008). Concretamente, o projecto “Mensanus” possui como objectivo geral melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas mentais através da inclusão social e da protecção dos seus direitos e da sua dignidade (Médicos do Mundo, 2008). Os utilizadores e beneficiários deste projecto são pessoas em situação de vulnerabilidade, exclusão social e/ou com comportamentos de risco, nomeadamente pessoas sem-abrigo, pessoas idosas em situação de isolamento social, pessoas com hábitos de consumo de substâncias psicoactivas, imigrantes indocumentados e trabalhadores do sexo, da área geográfica da cidade do Porto.

O projecto “Mensanus” tem como principais actividades a *intervenção social dinâmica* (articulação institucional, acompanhamento e encaminhamento às instituições de apoio, atendimentos e educação de competências), a *intervenção comportamental* (aconselhamento, co-definição do projecto de vida, entrevista motivacional, prevenção de recaídas), a *prestação de cuidados de saúde* (consultas médicas e de enfermagem, fornecimento de medicação, co-definição do plano terapêutico, monitorização de efeitos secundários, tratamentos de feridas,

monitorização do cumprimento do plano terapêutico e articulação institucional), a *informação, educação e mudança de comportamentos* (acções de educação individuais e distribuição de material informativo), a *visita domiciliária* (consultas, avaliação das condições de habitabilidade, vigilância da adesão ao regime terapêutico) (Médicos do Mundo, 2008).

Este projecto teve o seu início em Abril de 2009, e tem como horizonte temporal Abril de 2013, pelo que continua a ser implementado à data presente.

A caracterização do Projecto “Mensanus” pode ser encontrada no Anexo II deste Relatório.

2.1.1. Aplicação de escala de *burnout* à equipa de voluntários

O contacto com os diversos contextos específicos do trabalho dos MdM-P permitiu sublinhar a presença de uma necessidade que havia sido inferida através do contacto informal com a equipa dos MdM-P, e que se prende com a falta de formação ou preparação dos voluntários no contexto da protecção da sua saúde mental, bem como da promoção de uma saúde mental positiva, em contexto do exercício de voluntariado. Para colmatar esta necessidade, foi planeada a criação e aplicação dum instrumento de colheita de dados relacionados com a saúde mental dos voluntários para diagnóstico situacional e detecção de necessidades de intervenção. Para a satisfação desta necessidade, foi realizada pesquisa bibliográfica sobre a temática específica do voluntariado, e do burnout, e da associação destas duas realidades.

O Síndrome de Burnout tem sido objecto de estudo em diversos grupos profissionais, sendo que um dos instrumentos mais utilizados para a sua monitorização é o Maslach Burnout Inventory, ou simplesmente MBI, o qual foi desenvolvido por Christina Maslach, em colaboração com Susan E. Jackson e Michael P. Leiter, em 1981. Este instrumento foi já sujeito a várias revisões, assim como adaptado a diferentes contextos. Encontra-se traduzido em diferentes línguas, sendo que a validação para a população portuguesa teve lugar em 1996 por Cruz e Melo (Melo; Gomes; Cruz, 1999: 598).

Foi aplicada uma adaptação do Maslach Burnout Inventory (MBI), sendo que a adaptação ao contexto do voluntariado foi realizada em conjunto com a colega de especialidade. A adaptação desta escala para o contexto específico do voluntariado foi realizada com uma metodologia de pesquisa bibliográfica, e pode ser encontrada no Anexo V.

Após aprovação pela Coordenadora dos Projectos dos MdM-P, foi aplicada a escala a todos os voluntários presentes na Reunião Geral de Voluntários, num total de 10, dos quais retornaram 9.

Da análise estatística aos dados obtidos, resultou que a média das pontuações finais se aproxima dos 36 pontos, o que parece indiciar uma tendência para existir possibilidade de desenvolver *burnout* no seio da equipa. A moda nos scores totais (6 voluntários, em 9) encontra-se precisamente na categoria de 21 a 40 pontos, correspondente à interpretação

Possibilidade de desenvolver burnout, apoiando a afirmação anterior. Tendo o síndrome de *burnout* um reflexo individual, e não grupal, é importante referir que dos 9 voluntários inquiridos, um revelou uma pontuação total enquadrada na categoria *Burnout começa a instalar-se*, o que enfatiza a possibilidade de existência real do risco de desenvolvimento de burnout. Obteve, ainda, como resultados que a periodicidade de surgimento dos sintomas é superior a uma vez por mês, o que poderá estar relacionado com a grande rotatividade da equipa. Podemos, assim, inferir que os sintomas mais frequentes entre os voluntários inquiridos são o *envolvimento com os problemas dos outros*, a crença de que poderiam *fazer mais pelas pessoas que acompanham* e o sentimento de que são *uma referência para as pessoas com quem lidam diariamente*. Estes resultados, bem como toda a metodologia, podem ser encontrados no artigo inédito constante do Anexo VI.

2.1.2. Educação para a saúde à equipa de voluntários

A actividade de voluntariado em Portugal está regulada desde 1998, momento em que foi publicada em Diário da República a **Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro**, que estabelece as bases do enquadramento jurídico desta actividade. No n.º1 do artigo 2º do Capítulo I da referida Lei, o voluntariado é definido como “*o conjunto de acções de interesse social e comunitário realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas, e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas.*” Relativamente ao voluntário, este é legalmente definido no n.º 1 do art. 3º do mesmo capítulo como o indivíduo que “*de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar acções de voluntariado no âmbito de uma organização promotora.*” Exceptuam-se assim, segundo o enquadramento legal, as situações de que, “*embora desinteressadas, tenham um carácter isolado e esporádico ou sejam determinadas por razões familiares, de amizade e de boa vizinhança*” (Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro, Cap. I, art. 2º, n.º 2). A regulamentação desta Lei é assegurada pelo **Decreto-Lei n.º 389/99, de 30 de Setembro**, que acrescenta que “*o voluntariado é uma actividade inerente ao exercício da cidadania que se traduz numa relação solidária para com o próximo, participando, de forma livre e organizada, na solução dos problemas que afectam a sociedade em geral*”.

Médicos do Mundo Portugal, enquanto Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD), sendo constituída “*essencialmente por voluntários*” (Médicos do Mundo, s.d: 11) nutre um especial respeito pela observância dos direitos e deveres dos voluntários, preconizados na referida legislação. No seu Guia do Voluntário constam expressos os direitos do voluntário, dos quais se destacam os seguintes:

- ✓ “**Ser bem acolhido**, apoiado e informado sobre a organização Médicos do Mundo.”;
- ✓ “**Ser acompanhado** ao longo da sua actividade por profissionais e técnicos de MdM-P”;
- ✓ “**Que a actividade não resulte gravosa** para o voluntário”

Como deveres, constam do referido Guia, entre outros, o seguinte:

- ✓ “**Preparar-se para a Acção**, avaliá-la e reorientá-la se necessário”

É assim realçada a importância do acompanhamento técnico do voluntário por parte da equipa operacional, com uma responsabilidade partilhada entre este e a instituição que o acolhe, de modo a assegurar a sua máxima informação, formação e segurança na execução das actividades que assume enquanto voluntário.

Por esta razão, os Médicos do Mundo Portugal comprometem-se na “*realização de acções de formação sobre temas técnicos e operativos ligados ao trabalho humanitário*”, oferecendo “*a possibilidade de participar activamente no processo de reflexão conjunta sobre temáticas ligadas à intervenção de MdM-P*” (Médicos do Mundo, s.d: 36). Da parte do voluntário, a equipa operacional desta ONGD espera que “*participe sempre que possível nas actividades de formação organizadas por MdM-P*” (Médicos do Mundo, s.d: 37).

No seguimento das actividades anteriores, foi, ainda, planeada e implementada uma sessão de esclarecimento e educação para a saúde, tendo por base o *burnout* no voluntário, e como beneficiários os elementos da equipa de voluntários dos MdM-P.

Esta intervenção pretendeu dar resposta à necessidade sentida, traçando como estratégia a educação dos voluntários acerca do síndrome, e sua sensibilização para a importância de implementação de estratégias individuais de prevenção. Foi também objectivo sensibilizar a equipa técnica para estratégias a serem implementadas pela instituição que podem também ajudar a reduzir o risco de *burnout* nos voluntários.

Desta forma, e aproveitando o cenário privilegiado para sensibilização do grupo, foi realizada, no contexto da Reunião Mensal de Voluntários seguinte, uma sessão de formação breve e sensibilização dos voluntários presentes na mesma. Por haver uma grande volatilidade na equipa, e imprevisibilidade de presenças, a formação foi ministrada aos voluntários presentes, num total de 12. Os objectivos gerais desta sessão foram sensibilizar os voluntários dos MdM-P para o risco de *burnout* inerente à prestação de serviço de voluntariado, para a identificação precoce de sinais de *burnout* nos pares, e ainda para a adopção de estratégias de prevenção do síndrome de *burnout*.

Nesta formação foi realizada a validação de conhecimentos sobre os conceitos-chave do voluntariado e do *burnout*, e introduzida uma contextualização teórica sumária sobre o tema, relacionando os dois conceitos. A equipa de voluntários foi então sensibilizada para a presença de risco de *burnout* por meio da apresentação dos resultados obtidos com a aplicação prévia do questionário de identificação de sinais de *burnout*.

A par desta sessão, foi elaborado e apresentado um poster com o título “Prevenir o *burnout* no voluntário” (Anexo VII), que pretende disponibilizar de forma permanente informação sumária sobre o síndrome e estratégias a serem implementadas individualmente e pela instituição, e ainda sensibilizar novos elementos. Realço que a equipa de voluntários é volátil, havendo periódicas entradas e saídas, pelo que este grupo poderá reciclar conhecimentos e relembrar este tema, assim como a mensagem poderá ser transmitida a novos elementos de forma simples.

Atendendo à especificidade do tema, foi também realizado um planeamento de sessão, com suporte teórico à mesma, e fornecido em suporte de papel e informático à Coordenação dos MdM-P, visando facilitar a sua inclusão na formação inicial de voluntários, ou posteriores sessões de reciclagem.

O documento criado com o planeamento de sessão pode ser encontrado no Anexo VII deste Relatório.

Em virtude de esta sessão de educação para a saúde ter decorrido em clima informal, não foi aplicado um instrumento de colheita de dados para avaliação da sessão, mas realizada uma avaliação também informal, por meio de partilha de impressões com os voluntários presentes acerca da pertinência deste tema. Ao mesmo tempo foram por estes partilhadas histórias que ilustraram sinais e sintomas de *burnout*, permitindo inferir que o conceito central havia sido integrado. As dúvidas que surgiram sobre o tema foram, também, esclarecidas no final da sessão.

2.1.3. Desenvolvimento dos Instrumentos de Base ao Projecto “Mensanus”: Factores de Risco em Saúde Mental e Psiquiatria em PSA e IDOSOS

Ainda no contexto da colaboração com a equipa do projecto “Mensanus” dos Médicos do Mundo, participei numa reunião de trabalho com a Coordenadora da Representação Norte, e com o Director de Ajuda Humanitária Médicos do Mundo, Médico Especialista em Saúde Pública e Consultor do Banco Mundial. Esta reunião teve como finalidade rever procedimentos e operacionalizar o projecto “Mensanus” no que diz respeito aos seus indicadores de execução, avaliação e resultado. Da discussão que suscitou a ordem de trabalhos, surgiram algumas dúvidas que eu, enquanto enfermeira em estágio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, e como única representante presente da área de Enfermagem de Saúde Mental, tive um papel privilegiado para dar resposta. O meu principal contributo residiu na discussão da aplicabilidade de um instrumento utilizado até então, que pretende avaliar a presença de Factores de Risco em Saúde Mental na população-alvo, e que servia de base ao projecto. Conclui-se que a aplicabilidade do instrumento então em uso era reduzida, uma vez que o mesmo não se encontrava parametrizado; a confusão frequente entre factores de risco e

de protecção dificultava a sua interpretação, e ainda a cotação das pontuações era confusa e de difícil aplicabilidade por novos elementos na equipa.

Por minha iniciativa, procedi à reformulação deste instrumento, em parceria com uma colega da especialidade, pretendendo com esta reformulação uniformizar a linguagem, o sistema de pontuações, e parametrizando os diferentes ítems de resposta. Neste processo utilizei uma metodologia mista de reunião de peritos e pesquisa bibliográfica. Compreendendo a especificidade das necessidades em saúde mental e dos diferentes factores de risco da população idosa e da população sem-abrigo (PSA), foram criados dois instrumentos diferentes, para melhor dar resposta às necessidades das populações trabalhadas. Os instrumentos resultantes deste processo de reformulação podem ser encontrados nos Anexos VIII e IX deste relatório.

Na sequência desta reformulação, a Representação Norte dos Médicos do Mundo Portugal submeteram os novos instrumentos a apreciação e avaliação pela sede da instituição, tendo sido aprovados para utilização no projecto “Mensanus” como instrumentos de colheita de dados para ilustração dos factores de risco individuais e *follow-up* de cada utente, e ainda para colheita de dados para fins estatísticos, de gestão de cuidados e de operacionalização de indicadores de base ao projecto.

2.1.4. Outras actividades desenvolvidas nos Médicos do Mundo

No âmbito deste módulo de estágio, a integração na equipa dos Médicos do Mundo permitiu o desenvolvimento de outras actividades, ainda que de forma menos sistematizada, que permitiram a aquisição de competências no domínio da enfermagem de saúde mental, nomeadamente:

- ✓ Avaliação do estado mental, e do grau de dependência nas actividades de vida diária e nas actividades instrumentais de vida diária, a idosos acompanhados no âmbito do Projecto “Mensanus”. Para esta actividade utilizei como instrumentos a visita domiciliária (VD) e a aplicação do Mini Mental State Evaluation (MMS), da Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de Yesavage, da Escala de Barthel e da Escala de Lawton. Foram acompanhados 4 utentes previamente sinalizados pela equipa, num total de 5 VDs.
- ✓ Realização de uma saída de terreno no contexto do projecto “(A) Risco SER”, o qual pretende prestar cuidados de Saúde a populações vulneráveis da cidade do Porto, como pessoas em situação de exclusão social e/ou com comportamentos de risco. São grupos alvo as pessoas sem-abrigo, pessoas com consumos de substâncias psicoactivas, trabalhadores do sexo e imigrantes em situação irregular. Esta saída decorreu à noite, em conformidade com as actividades planeadas no âmbito deste

projecto, no seu contexto de origem dos utentes, sendo, assim, um trabalho de proximidade. Esta saída permitiu não só um contacto com a população do projecto e detecção de alguns problemas de saúde mental, mas também um primeiro contacto com a equipa de voluntários dos MdM, e a sua actuação no terreno.

2.2 UNIDADE DE INTERNAMENTO DE MATOSINHOS DO HOSPITAL DE MAGALHÃES LEMOS, EPE

O Hospital de Magalhães Lemos é um hospital psiquiátrico orientado para a gestão de situações agudas de patologia psiquiátrica, em todas as fases do ciclo vital, mas que aposta também na plena integração social dos indivíduos com problemas mentais, desenvolvendo actividades de ligação com os Centros de Saúde e Hospitais Gerais, bem como de articulação com as estruturas de segurança social, públicas e privadas, e com as autarquias da área assistencial, promovendo actualmente várias iniciativas de dinamização de Unidades Residenciais e de Emprego Social para doentes com deficiente retaguarda sócio-familiar e profissional. Possui como área de influência o Concelho do Porto (Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Ramalde e Vitória), o Concelho de Matosinhos e os Concelhos da Póvoa do Varzim, Vila do Conde, Santo Tirso e Trofa (e os respectivos Centros de Saúde: Negrelos, Santo Tirso e Trofa) (ARS Norte, IP, 2008).

A Unidade de Internamento de Matosinhos localiza-se no Hospital de Magalhães Lemos, EPE, na Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 4149-003 Porto, no Pavilhão 4, no 1º andar esquerdo. No R/C localiza-se a Unidade de Convalescença do Hospital Pedro Hispano, sendo contíguo à Psicogeriatria. Estruturalmente, e para uma lotação máxima de 22 utentes, a Unidade de Internamento de Matosinhos é composta por duas enfermarias para o sexo feminino, com oito camas; duas enfermarias para o sexo masculino, com dez camas; quatro quartos individuais; um gabinete da Enfermeira Chefe; três gabinetes médicos; um gabinete da técnica de serviço social; uma sala de reuniões; uma sala de trabalho de enfermagem; uma sala polivalente; um refeitório com copa para os utentes; uma sala de fumo; uma sala de estar/TV; uma sala de visitas; dez wc's, dois dos quais para funcionários; um vestiário; um secretariado da unidade; uma arrecadação de sujos; uma arrecadação. A sua equipa multidisciplinar inclui um Director de Serviço, um Chefe de Serviço, quatro Assistentes Graduados de Psiquiatria, dois Internos Complementares, uma Enfermeira Chefe, quatro Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, um Enfermeiro Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, uma Enfermeira Graduada, cinco Enfermeiros, uma Psicóloga, duas Técnicas de Serviço Social, oito Assistentes Operacionais e uma Secretária da Unidade.

Uma caracterização mais aprofundada da Unidade de Internamento de Matosinhos poderá ser encontrada no Anexo III deste relatório.

2.2.1. Estudo de Caso

Segundo Araújo *et al.* (2008: 4), um estudo de caso “trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores”. É assim um tipo de estudo de investigação com metodologia qualitativa, com o enfoque num “caso” (pessoa, pequeno grupo, comunidade), e numa metodologia de colheita de dados específica. Segundo Bell (1989) citado por Araújo *et al.* (2008: 4), o estudo de caso pode ainda ser definido como “uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interação entre factores e eventos”, ou seja, em que se irá estudar a o efeito de acções na condição ou circunstância do “caso”.

O estudo de caso realizado pretendeu abordar o processo de Enfermagem dum utente internado na Unidade de Internamento de Agudos de Matosinhos, no Hospital de Magalhães Lemos, EPE, no período compreendido entre 17/09/2010 e 19/10/2010, e pensar criticamente sobre os ganhos em saúde obtidos, adequação das estratégias utilizadas, e limitações das intervenções implementadas. A selecção do “caso” esteve dependente do universo disponível (utentes internados na Unidade de Internamento de Agudos de Matosinhos do Hospital Magalhães Lemos, EPE), e tendo em conta uma patologia em que fosse possível obter ganhos em saúde através de intervenções autónomas de Enfermagem. A selecção foi assim intencional e de conveniência (Bravo, 1998, citado por Araújo *et al.*, 2008: 13). As observações foram realizadas no referido serviço durante o internamento, e consistiram em pesquisa documental - consulta do processo clínico e registos de Enfermagem - e no método de entrevista semi-estruturada, tendo privilegiado a abordagem qualitativa.

O utente-caso apresentava história de tentativa de suicídio por esfaqueamento na região toraco-cervical em 09/2010, sendo que após ingestão de medicação anti-epiléptica se auto-inflingiu na região torácica, tendo caído e feito TCE ligeiro. Na véspera da auto-agressão teria pedido à filha mais velha para “ser forte e cuidar da mãe” (sic), tendo depois parecido aliviado. Apresentava, também, como antecedentes pessoais uma neurocirurgia em Janeiro de 2010, da qual terá resultado ataxia da marcha, com consequente perda de funcionalidade e autonomia, e tendo ficado a esposa sozinha a assegurar o negócio, com consequências económicas negativas para o mesmo.

Tendo em conta a colheita inicial de dados (Anexo X), o juízo feito relativamente aos diversos focos de atenção de Enfermagem, e os Diagnósticos de Enfermagem daí emergentes, foram propostas intervenções que assentam sobretudo em métodos cognitivo-comportamentais. Segundo Sequeira (2002), “a terapia cognitiva (do latim, cogito: eu penso) é baseada no

princípio de que o pensamento influencia as emoções, de modo que a depressão, a ansiedade e outros sintomas surgem de ou são perpetuados por crenças e padrões de raciocínio errados". Acrescenta que "o objectivo da terapia é identificar os pensamentos automáticos negativos, que parecem contribuir para os sintomas e encorajar o paciente a reconsiderá-los à luz da evidência e tentar pontos de vista e padrões de comportamento alternativos. Este processo deve conduzir a uma melhor compreensão dos sintomas e a um maior controlo sobre eles. Para alguns pacientes, a exploração de imagens visuais é uma boa variante desta técnica." (Sequeira, 2002). Ainda segundo o mesmo autor, as componentes deste tipo de terapia incluem técnicas cognitivas, como questionar pensamentos automáticos negativos; técnicas de distração para afastar a atenção do paciente dos pensamentos negativos; e técnicas comportamentais – das quais são exemplo a marcação de actividades, como planear experiências ou actividades agradáveis. A técnica pela qual optei, a relação de ajuda, assenta essencialmente numa técnica cognitiva, tendo utilizado o método da "balança de pós e contras", em que o utente foi assistido a identificar os aspectos positivos e negativos de ir a casa no fim-de-semana. Pretendi com a implementação desta técnica que o utente fosse capaz de identificar aspectos positivos, e de trabalhar cognitivamente os aspectos negativos, de modo a serem também considerados como bons. Do confronto com uma listagem de aspectos benéficos, em contradição com poucos ou nenhuns aspectos desfavoráveis, esperava que o utente passasse a considerar a licença de fim-de-semana como algo positivo para a sua recuperação, superando a resistência que havia demonstrado nas duas semanas anteriores. A concentração nos aspectos positivos teria então um efeito de activação de estratégias de enfrentamento do receio de ir a casa. Na verdade, o utente esteve motivado desde o início para a relação terapêutica, e aderiu à técnica, sendo capaz de nomear os aspectos pedidos. Foi também assistido a trabalhar os aspectos negativos de modo a considerá-los como positivos por alteração do referencial de observação. Finalmente o próprio utente considerou como benéfica a intervenção, referindo que "ajudou bastante a visualizar" (sic). O juízo diagnóstico do foco de atenção relacionado com o Coping [ineficaz] foi alterado, tendo em conta que o utente conseguiu ir a casa em dois fins de semanas consecutivos, referindo aspectos positivos e a ausência de ocorrências negativas, passando assim a Coping eficaz. Considero assim ter obtido ganhos em saúde com técnicas cognitivas. Relativamente à aplicação de uma técnica comportamental, concretizada num trabalho de casa prescrito (o de planear uma actividade promotora de bem-estar para implementar no fim de semana seguinte à sessão do dia 18/10), não considero ter obtido ganhos, uma vez que o utente não aderiu à mesma, sendo incapaz de nomear e planear tal actividade.

Dos dados apresentados, resulta que houve um contributo positivo das técnicas cognitivas utilizadas, nomeadamente a relação de ajuda, nas estratégias de coping utilizadas pelo utente. No entanto, quando analisado o efeito duma abordagem comportamental, ainda que breve, esta não obteve ganhos em saúde, pois o utente não aderiu à mesma. Realço que nenhuma

destas intervenções teve um efeito isolado, mas sim pertenceu a uma sinergia de intervenções da equipa de saúde, pelo que os ganhos poderão ser um reflexo das diversas intervenções (médicas/medicamentosas, e de enfermagem, quer autónomas, quer interdisciplinares). No entanto, e fazendo uma análise não generalizante mas puramente casuística, os dados revelam que o utente reconheceu a importância das intervenções autónomas de enfermagem, referindo que estas foram de grande ajuda no desenvolvimento de estratégias pessoais de combate ao stress causado pela ida a casa no fim-de-semana.

Foram limitações deste estudo o pouco tempo de contacto com o utente, proporcionado não só pela frequência de apenas 4 turnos por semana na Unidade de Internamento, mas também pela sua alta clínica. Por outro lado valorizei o diagnóstico de coping ineficaz, por considerar que, aproximando-se a alta médica, seria aquele cuja alteração do status proporcionaria uma melhor preparação para a alta. Assim, não foram obtidos ganhos em saúde noutros diagnósticos, pois não se implementaram intervenções específicas com integridade referencial para os mesmos.

Considero que a técnica de relação de ajuda foi importante para a preparação para a alta deste utente.

O estudo de caso poderá ser encontrado no documento Anexo X deste relatório.

2.2.2. Técnica de Relaxamento por Imaginação Guiada

O relaxamento por imaginação guiada consiste na representação mental de um acontecimento, de um objecto ou de uma sensação, na ausência dos mesmos, com o objectivo de tranquilizar e relaxar a pessoa.

Segundo Tusek e Cwynar (2000), citados por Louie (2004), o relaxamento por imaginação guiada consiste numa intervenção integrativa corpo-mente, que tem como objectivo aliviar o stress e promover uma sensação de paz e tranquilidade. Assim, é um processo de integrar o poder da mente para relaxar com o do corpo para curar, através de uma comunicação interior que envolve todos os sentidos (visão, toque, cheiro, percepção e som).

Em 1977, Bernstein e Barkovec referem - citados por Louie (2004) - que o treino do relaxamento é eficaz na redução da tensão subjectiva, tendo efeito numa variedade de processos fisiológicos; a resposta do corpo físico baseia-se na activação do sistema nervoso parassimpático, o qual proporciona a diminuição da pressão arterial e da frequência cardíaca, produzindo uma respiração mais lenta e profunda, e ajudando a relaxar a musculatura esquelética.

Hoffart e Keene (1998), citados por Louie (2004) produziram também evidência de que a imaginação guiada pode incrementar o nível plasmático de endorfinas, aumentando a

capacidade de relaxamento. Por serem substâncias naturalmente analgésicas, a imaginação guiada tem sido referida como sendo igualmente eficaz no alívio da dor subjectiva (redução significativa da dor, como referido por Bray, 1986; Lawlis, 1985; Tusek e col., 1997; e da cefaleia de tensão, como referido por Larrson e Carlsson, 1996; Mannix e col., 1999 – todos citados por Louie (2004).

A operacionalização da técnica de relaxamento por imaginação guiada surgiu como resposta a uma necessidade expressa pela equipa de enfermagem da Unidade de Internamento de Matosinhos do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, que pretendia implementar de forma sistematizada esta intervenção, como forma de intervir de forma não farmacológica nos diagnósticos de humor alterado, insónia inicial presente, dor presente, e autocontrolo ansiedade ineficaz.

Segundo Sequeira (2002), as técnicas de relaxamento têm como indicações gerais: o “controlo do stress (vida moderna); o controlo de processos dolorosos; o controlo do ritmo respiratório e cardíaco ligados ao stress, a preparação para o parto, crises de asma, úlceras gástricas e outros problemas psicossomáticos (originadas pelo medo e insegurança), a resolução de problemas da função sexual (pelo controlo da ansiedade)”, e outras situações da área da saúde mental, como “a gaguez, a insónia, as neuroses fóbicas, as neuroses ansiosas, e as neuroses obsessivo-compulsivas”. Neste sentido, a também designada *visualização*, a Imaginação Guiada tem sido descrita como “o uso de sons e imagens mentais da nossa imaginação, para nos sentirmos bem e diminuir os nossos medos; a imaginação guiada ajuda a desviar a atenção do desconforto físico e psicológico e a manter a concentração em imagens agradáveis” (Williams, Davies, Griffith, 2009).

O relaxamento por imaginação guiada consiste na representação mental de um acontecimento, de um objecto ou de uma sensação, na ausência dos mesmos, com o objectivo de tranquilizar e relaxar a pessoa.

Foi, assim, elaborado um planeamento da intervenção, dividido em diferentes partes que se iniciaram numa abordagem geral sobre o relaxamento e seus efeitos, seguida duma especificação relativamente à técnica da imaginação guiada, e sua operacionalização. Incluiu a sistematização de critérios de inclusão e de exclusão, assim como diversos guiões.

Como critérios de inclusão, foram determinados os seguintes:

- ✓ Utentes com diagnóstico de **Humor alterado**
- ✓ Utentes com diagnóstico de **Insónia inicial presente**
- ✓ Utentes com diagnóstico de **Dor**
- ✓ Utentes com diagnóstico de **Autocontrolo Ansiedade: ineficaz**

Foram utilizados para critérios de exclusão os Focos de Atenção e Diagnósticos de Enfermagem constantes da aplicação SAPE:

- ✓ Utentes com risco de hipotensão
- ✓ Medo presente [do relaxamento]
- ✓ Não-adesão à técnica de relaxamento por imaginação guiada
- ✓ Confusão presente
- ✓ Atenção diminuída

São ainda considerados factores de exclusão:

- ✓ Utentes com fobia ou aversão a um dos elementos que compõem o cenário imaginário
- ✓ Presença de sintomas psicóticos em fase aguda (alterações vestigiais do pensamento não constituem factor de exclusão)
- ✓ Debilidade intelectual marcada

Para a operacionalização e adaptação desta técnica à dinâmica estrutural da Unidade e aos seus recursos, foi necessário não só proceder a pesquisa bibliográfica, mas também a pesquisa de outras fontes, nomeadamente consulta de processos clínicos e dos registos de enfermagem em SAPE e consulta da equipa de enfermagem.

A implementação desta técnica a um grupo de utentes pressupõe, assim, a colheita sistematizada de dados, por meio da aplicação de diversas escalas, como sendo a Escala de Hamilton para a Depressão, a Escala de Faces da Dor, e ainda o Indicador da Nursing Outcomes Classification (NOC) para o Autocontrolo Ansiedade. A escolha destas escalas teve por base o critério de estarem já a ser implementadas na Unidade de Internamento.

O *output* final deste trabalho consistiu na aplicação, em duas sessões distintas, da técnica de relaxamento por imaginação guiada a um grupo de 6 utentes com critérios para participarem na mesma, e ainda sob a forma de um trabalho escrito, com a operacionalização da técnica, que foi disponibilizada à equipa de Enfermagem da Unidade de Internamento de Matosinhos (Anexo XI deste relatório).

Na tabela 1 são descritos os utentes rastreados para presença de critérios de implementação da técnica de relaxamento por imaginação guiada:

UTENTE	IDADE (ANOS)	DIAG. MÉDICO (CID-9)	HIPERTENSÃO ARTERIAL	HUMOR	INSÓNIA	DOR	AUTOCONTROLO -ANSIEDADE	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
A	75	290	HTA presente	n/a	Insónia (não especificada)	n	n/a	Atenção diminuída
B	80	290	n	n/a	n	Dor musculoesquelética, intensa,	n/a	Confusão presente

às vezes								
C	65	290	n	n/a	n	n	n/a	Confusão presente
D	68	296	HTA presente	n/a	n	n	n/a	Confusão presente Mobilidade comprometida
E	36	303 / 318	n	n/a	n	n	n/a	Pensamento alterado de teor persecutório / alucinação Orientação alterada
F	53	297	n	Humor alterado [ansioso]	Insónia (não especificada)	n	n/a	Mobilidade corporal comprometida
G	63	399	n	Humor alterado [depressivo]	n	n	n/a	Pensamento alterado [delírio de ruína]
H	56	319 / 303	n	n/a	n	Dor presente [odontalgia]	n/a	Pensamento alterado [bradipsiquismo, desagregado e ilógico]; debilidade intelectual
I	54	311	HTA presente	n/a	Insónia [intermédia]	n	n/a	n
J	51	311	n	Humor alterado [depressivo]	n	n	n/a	n
K	44	303	n	n/a	n	n	n	Debilidade intelectual
L	39	297	n	Humor alterado [disfórico] – habitualmente eufórica	n	Dor aguda em grau moderado, às vezes, no ombro direito	n/a	n
M	45	295.7	n	Humor alterado [depressivo em grau moderado]	Insónia [intermédia]	n	Ansiedade em grau elevado	n
N	46	296.1	n	Humor alterado [eufórico]	n	n	n/a	n
O	55	296	HTA presente	n/a	n	Dor por lombalgia	n/a	Pensamento alterado [Alucinação auditiva e visual]
P	66	296	n	Humor alterado [depressivo]	n	n	n/a	Pensamento alterado
Q	49	295	n	n/a	n	n	Autocontrolo ansiedade ineficaz	n
R	22	319	n	n/a	Insónia [intermédia]	Dor [odontalgia]	n/a	n

Tabela 1 – Critérios de inclusão e de exclusão dos utentes da UM do HML, EPE para a implementação da técnica de relaxamento por imaginação guiada, constantes em SAPE (n/a – não alterado; n – ausente)

Perante os dados apresentados, que reflectem a presença de critérios de inclusão e exclusão, foram seleccionados para a terapia os seguintes utentes: I, L, M, N, Q, e R. Estes utentes foram submetidos a duas sessões experimentais de relaxamento por imaginação guiada, referindo, após ambas as sessões, diminuição da dor e da ansiedade, valorizando a técnica. Por ter sido realizada ao final da manhã (por conveniência e constrangimento do serviço) não foram relatados ganhos ao nível da insónia.

Como referi anteriormente, a intervenção foi estruturada para implementação no turno da tarde, como forma de promover o relaxamento, o bem-estar, diminuir a ansiedade, promover a melhoria do humor, diminuir a insónia e o cansaço, motivar para a importância do relaxamento, promover a propriocepção. À excepção da diminuição da insónia, todos os outros objectivos foram subjectivamente referidos pelos utentes como tendo sido atingidos nas sessões experimentais. Da observação da sessão, resultou que os utentes conseguiram alcançar relaxamento muscular e diminuição dos sinais exteriores de ansiedade (diminuição da agitação psico-motora, do trémulo, diminuição da frequência respiratória e aumento da profundidade dos movimentos ventilatórios).

2.2.3. Outras actividades desenvolvidas na Unidade de Internamento de Matosinhos do Hospital de Magalhães Lemos, EPE

De entre as outras actividades desenvolvidas na Unidade de Internamento de Matosinhos, destaco:

- ✓ a prestação de cuidados de enfermagem de saúde mental, consubstanciadas em entrevistas de avaliação inicial e de *follow-up* (incluindo colheita de dados sobre antecedentes pessoais, antecedentes familiares, história actual de doença, alimentação, circulação, tegumentos, mobilidade, sono e repouso, cognição, emoções, auto-agressão, auto-controlo, comunicação, razões para a acção, sexualidade, espiritualidade e religiosidade e estilos de vida), e nas intervenções terapêuticas / psicoterapêuticas utilizadas (relação de ajuda, promoção da auto-estima, consciencialização, escuta activa, relaxamento, aconselhamento, orientação para a realidade, reestruturação cognitiva) ; gestão de regime terapêutico, incluindo gestão da medicação, das saídas, e gestão do uso de tabaco; foram ainda prestados cuidados de carácter geral, com a preocupação, enquanto formanda de enfermagem de saúde mental, de adicionar um carácter simbólico às actividades desenvolvidas e comunicação estabelecida, como forma de potenciar, em todos os contactos com o utente, o efeito terapêutico planeado. Estas intervenções foram registadas, assim como as respectivas avaliações iniciais e resultados obtidos, nos processos informáticos individuais dos utentes em Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem.
- ✓ a presença, no dia 4 de Novembro de 2010, no salão nobre da Administração do HML, EPE, onde decorreu uma formação ministrada pelo Sr. Enf.º Supervisor do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, o qual apresentou a sua tese de Doutoramento, subordinada ao tema “Stress Profissional e consumo de bebidas – estudos numa amostra de Enfermeiros”. O referido trabalho de investigação incluía quatro estudos, que incluíam a construção da versão portuguesa da Nursing Stress Scale, o estudo da presença de stress profissional numa amostra de 965 enfermeiros, de serviços de Urgência e

Internamento de todos os Hospitais pertencentes à Administração Regional de Saúde do Norte, IP, o estudo da prevalência de hábitos alcoólicos na mesma população de enfermeiros, e o estudo correlacional das variáveis de consumo e de stress, resultando na conclusão de que não existe uma relação entre as mesmas para estas populações. Esta oportunidade contribuiu não só para a aquisição de saber, mas também para a motivação para continuar a adquirir competências de *saber fazer* investigação.

- ✓ a visita ao serviço de Reabilitação Psico-Social do Hospital de Magalhães Lemos, EPE;
- ✓ a visita ao serviço de Cuidados Especiais do mesmo hospital, e observação de um tratamento de Electroconvulsivoterapia;
- ✓ a presença em formação em serviço, da responsabilidade dos internos de psiquiatria, e do ESMP responsável pela equipa de apoio domiciliário da Unidade de Internamento de Matosinhos, subordinada ao tema “Tratamento com lítio: Folheto informativo sobre lítio para doentes e familiares”.

2.3. PROJECTO INTEGRADO DE APOIO À COMUNIDADE (PIAC) DO INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, I.P.

O PIAC é um serviço criado pela Delegação Regional Norte do IDT, I.P. com o objectivo de prestar apoio à comunidade. Consiste, assim, numa mais-valia para os CRI no âmbito da Prevenção, da Reinserção, da Redução de riscos e do Tratamento.

Oferece um espaço de escuta destinado a crianças em idade escolar, jovens e adultos em dificuldade que necessitem de apoio personalizado e especializado através de consultas às crianças e adolescentes, a famílias ou outros grupos; através de consultas de Psiquiatria, Pedopsiquiatria, avaliação psicológica, avaliação de competências parentais, e Psicologia Forense. Promove ainda terapia por Psicodrama, Mediação Familiar e Educação para a Saúde.

O PIAC tem ainda como objectivos o atendimento informativo, sensibilização e formação de adultos, jovens e jovens adultos, oferecendo ao cidadão, instituições públicas ou privadas um serviço que presta informação sobre como lidar com comportamentos de risco (pré-delinquências, comportamentos desviantes, dependências e novas dependências); que dá formação neste âmbito.

Além da informação, o PIAC presta, também, serviço de Consultadoria / Supervisão às instituições públicas e privadas, não só a técnicos individualmente mas também a equipas

técnicas que lidem com crianças, adolescentes, jovens em risco e com famílias com diversos tipos de vulnerabilidades.

Finalmente, o PIAC promove e colabora em projectos de investigação com Universidades, escolas e outros (essencialmente com organismos públicos), tendo um plano de formação contínua da equipa técnica com supervisão e consultadoria pelas Universidades.

O PIAC fundamenta, ainda, a sua ideologia e actividade em vários modelos conceptuais da actual intervenção comunitária, nomeadamente os modelos dialógico, ecológico, sistémico, de aprendizagem e de capacitação, orientando-se para a intervenção psicossociológica comunitária, como forma de trabalhar a minimização do risco para as crianças e jovens, e ainda os danos para a Comunidade e sociedade em geral, decorrentes de condutas delinquentes associadas aos consumos (PIAC, Catálogo Assistencial).

Uma caracterização mais abrangente do PIAC e das suas actividades poderá ser encontrada no Anexo IV deste relatório.

2.3.1. Grupo Psicoeducativo de Jovens Abstinentes

Entre os diversos objectivos do PIAC, destacam-se os seguintes: (Catálogo Assistencial do PIAC(Projecto integrado de apoio à comunidade) - Plano do PIAC-DRN):

“- Atender e apoiar as crianças, os jovens e famílias ou outros envolventes significativos que necessitem de apoio psicológico no sentido minimizarem os factores de risco de consumos de substâncias lícitas ou ilícitas ou de outras dependências e de adquirirem competências pessoais e sociais considerados como factores protectores, no âmbito de um espaço de consulta (individual, familiar ou de grupo, sendo coadjuvadas, quando necessário, com consultas de pedopsiquiatria ou de psiquiatria.

- Aumentar as acções de prevenção indicada ou selectiva, dirigidas a crianças e jovens que apresentem factores de vulnerabilidade ou de risco de comportamentos desviantes, através de assistência adequada com consultas de apoio psicológico quer a nível de consulta individual, quer familiar ou de grupo.

- Reforçar os factores de protecção ao nível da comunidade escolar ou outro e do sistema familiar orientados para a inclusão social.

- Promover um atendimento informativo e de sensibilização destinada aos jovens quer às famílias ou agentes sociais, que assim o julguem necessário no âmbito dos comportamentos de risco;

Neste contexto, e segundo Mélega, “O grupo passa, [...] a ter a vantagem do compartilhamento de experiências, que facilitará uma melhor percepção do comportamento das pessoas, através das possíveis interações ocorridas no contexto grupal. Outro aspecto importante, em que se tratando de dependência, é o conceito de prevenção de recaída, em que o grupo pode assegurar um espaço mantenedor não só de abstinência, mas também como meio dos clientes elaborarem suas dificuldades pessoais e relacionais frente à manutenção da mesma; por intermédio do grupo e do que cada cliente experiencia, novas reflexões poderão surgir na tentativa de encontrar uma resposta diferente para a transformação da sua realidade (Mélega, 1994, citado por Figlie, Melo e Payá, 2004)

O Grupo Psicoeducativo de Jovens Abstinentes acompanhado consistiu num grupo de prevenção que visa oferecer uma mais-valia na intervenção psicológica com adolescentes consumidores de cannabis. No presente caso, trata-se de uma intervenção que consiste em mais uma valência ao PIAC, e que tem como base o objectivo de intervir junto dos adolescentes no sentido de os habilitar para enfrentar as influências sociais que incitam ao consumo de drogas, nomeadamente às pressões do grupo de pares, e ainda trabalhar as competências individuais através da aquisição de capacidades inter e intra-pessoais (o autocontrolo para uso de substâncias, a resiliência, o coping). Pretende-se que estas novas competências levem a um melhor controlo de situações sociais, assim como incrementar níveis de auto-estima e de auto confiança, e conhecimento acerca das consequências do consumo de drogas. Finalmente, e em resumo, pretende-se prevenir e reduzir factores de risco para os consumos, assim como promover factores de protecção junto dos jovens incluídos no grupo.

O grupo havia sido previamente formado pela equipa do PIAC, tendo por base os seguintes critérios: faixa etária entre os 12 e os 15 anos, inclusive; presença de acompanhamento psicoterapêutico individual no PIAC; ausência de quadro clínico psicopatológico; presença de abstinência de consumo de cannabis há pelo menos 3 meses; em frequência de ensino normal.

Foram acompanhados 6 jovens abstinentes, e dada continuidade às sessões, tendo sido realizadas as 3 sessões finais do grupo (sendo que para este grupo haviam sido planeadas 8 sessões, tendo já tido lugar as primeiras cinco, em timing prévio à minha permanência no PIAC).

As últimas 3 sessões implementadas foram planeadas com uma duração de 60 minutos, e optou-se por um método participativo, interactivo, em que houvesse espaço para a partilha de vivências, crenças, dúvidas, e para a abordagem de outros assuntos pertinentes por via da oportunidade. O meu papel enquanto enfermeira de saúde mental consistiu em moderar a dinâmica do grupo, educar os elementos para a saúde, e, ainda, identificar emoções, sentimentos ou atitudes passíveis de serem trabalhados em psicoterapia individual por outros técnicos do PIAC.

A sexta sessão (primeira implementada), abordou o tema da Assertividade. A sessão consistiu numa exploração de diversos cenários onde cada utente estaria exposto a uma crise. A cada um foi pedido que explanasse como seria a sua atitude relativamente à situação, e pedida a avaliação das possíveis consequências das suas atitudes e comportamentos. De seguida gerada discussão no grupo sobre se essas consequências seriam as mais desejáveis, e a proposta de comportamentos mais assertivos, e promotores de acordo.

Entre os cenários propostos, figuraram os seguintes:

- Ser, de algum modo, injustiçado, por exemplo por uma pessoa que lhe passa à frente indevidamente numa fila (um outro a fazer-lhe mal a si);
- Ser instigado ao consumo de substâncias de abuso contra a sua vontade, ou pressionado pelos pares (o próprio a fazer mal a si);
- Ser-lhe pedido que fizesse algo contra a sua vontade que pudesse provocar dano a outra pessoa, como agredir um colega, ou estranho (o próprio a fazer mal a outro).

Apesar de só terem estado presentes 2 utentes, a sessão decorreu com normalidade, tendo sido produtiva. Houve diálogo entre os utentes, que partilharam atitudes diferentes face aos cenários propostos (um mais assertivo e apaziguador, um revelando comportamento mais agressivo e gerador de conflito). A partilha de ideias entre ambos e com os técnicos permitiu-lhes perceber o conceito de assertividade.

A sétima sessão tinha como tema central “do que me despeço e o que recomeço”, e teve como objectivos gerais a promoção de um espaço para reavaliação de aspectos importantes da vida, criando maior disponibilidade para mudança e comprometimento pessoal com valores importantes para si, trabalhando a fase manutenção da mudança comportamental; o reforço da mudança comportamental (abstinência de consumos), e ainda a promoção da adesão a estilos de vida saudável. Os utentes presentes foram convidados a partilhar os melhores aspectos de 2010, e quais as emoções, atitudes e comportamentos que querem transportar consigo para o ano de 2011. Igualmente, foram convidados a partilharem quais as emoções, atitudes e comportamentos que desejam não repetir em 2011 e quais as estratégias que prevêem usar para o mesmo. Foi dado especial enfoque aos consumos de substâncias. Explicados os objectivos da sessão, os utentes pareceram pouco expectantes. Com o início da sessão foi necessária mediação frequente, pois os utentes tiveram dificuldade em analisar o seu passado próximo em busca de emoções e situações positivas e negativas. Com a continuidade da sessão, foram surgindo alguns aspectos positivos, sempre relacionados com consumos ou outros comportamentos anti-sociais (delitos).

A última sessão do grupo teve como tema central “as drogas”. Pretendeu educar para a saúde no que diz respeito aos efeitos físicos e sociais das substâncias de abuso, assim como promover manutenção da abstinência por consciencialização das consequências negativas dos

consumos. Foram abordados os tipos de consumos apresentados pelos utentes no passado, e exploradas as consequências físicas e sociais dos mesmos. Foi estimulada a partilha entre os diversos elementos do grupo. Os relatos foram completados com informação pertinente sobre as substâncias que foram sendo abordadas, assim como enfatizados os aspectos negativos relativamente à sensação fugaz de bem-estar dos consumos. Estiveram presentes 4 elementos do grupo. Apesar da pouca motivação inicial, foi estimulada a partilha de experiências. De um modo geral foram citados apenas aspectos positivos do consumo de álcool e haxixe (“ficar mais fixe”, “curtir”, “ficar mais desinibido” (sic)), sendo necessária intervenção para que referissem também aspectos negativos. Os aspectos negativos referidos foram meramente sociais, permitindo inferir falta de conhecimento sobre efeitos físicos dos consumos. Foi realizada educação para a saúde relativamente a este aspecto, utilizando a mesma técnica (grupo psicoeducativo).

Realço que, apesar do esforço para motivar os jovens para as sessões, foi notório que as suas presenças se deviam a coacção pelos adultos-cuidadores / pais, não existindo motivação dos próprios para a frequência das mesmas. Este facto consistiu num factor dificultador da mudança comportamental, e desestabilizador da própria dinâmica do grupo, dado que muitas vezes a sua participação activa era pobre. Acredito que o principal factor que contribuiu para esta realidade foi a selecção dos jovens no processo inicial, sendo que a desmotivação do indivíduo é considerada um critério de exclusão para a integração numa dinâmica de grupo.

A caracterização do grupo e o planeamento das sessões consta do Anexo XIII deste Relatório.

2.3.2. Outras actividades desenvolvidas no Projecto Integrado de Apoio à Comunidade do IDT; IP

Além das actividades desenvolvidas com grupo psicoeducativo para jovens abstinentes, implementei também as seguintes actividades:

- ✓ Entrevistas de acolhimento com colheita inicial de dados, seguindo um modelo de entrevista semi-estruturada previamente implementada no PIAC, a jovens, pais e cuidadores referenciados para o PIAC;
- ✓ Consultas de acompanhamento de utentes com necessidades específicas de enfermagem, nomeadamente educação para a saúde (nos domínios dos estilos de vida saudáveis e parentalidade), aconselhamento individual (no âmbito da sexualidade responsável em jovens e hábitos de consumo), e entrevista motivacional;
- ✓ Realização de testes imunoenzimáticos de urina para detecção de metabolitos de substâncias de abuso, como rastreio nos utentes admitidos com critérios, e nas consultas de seguimento: THC, benzodiazepinas, cocaína, e opiáceos.

Por uma questão de protecção da confidencialidade de dados, no respeito pelo disposto na Lei de Bases da Saúde, na alínea d) do ponto 1) da sua Base XIV, respeitante ao direito dos utentes a terem “[...] *rigorosamente respeitada a confidencialidade sobre os dados pessoais revelados; [...].*”, e do Dever de Sigilo preconizado no artigo 85º do Código Deontológico dos Enfermeiros, em todas as actividades foi respeitado o dever de sigilo: os nomes dos utentes foram protegidos, sendo apenas utilizadas as suas iniciais ou codificação dos utentes.

3

COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

O Projecto de Estágio previamente elaborado previu, nos seus objectivos gerais, a aquisição de diversas competências, que foram delineadas tendo por base o documento da Ordem dos Enfermeiros (OE) denominado Caderno Temático acerca do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP) – (OE, 2009). Desde o início desta metodologia de projecto que intentei atingir competências que sejam reconhecidas pela OE como sendo específicas do ESM.

Segundo o Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, que regulamenta as competências comuns dos enfermeiros especialistas, a actuação do enfermeiro especialista *envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem.*

Seguidamente, irei reflectir sobre os objectivos inicialmente delineados, sobre as actividades que pretenderam atingir os mesmos, e ainda sobre as competências que fui desenvolvendo ou sedimentando ao longo do processo.

- a) *Demonstrar um elevado conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.*

Na minha intervenção na Unidade de Internamento de Matosinhos (UIM), do HML, EPE, fui capaz de identificar emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que pudessem interferir na relação terapêutica com os utentes, nomeadamente o risco de transferência, que fui capaz de gerir durante a minha permanência na UIM. Fui, ainda, capaz de manter o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico. Aprendi, também, a importância de monitorizar continuamente as minhas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mesmo durante a prestação de cuidados gerais, compreendendo a importância do valor simbólico de tudo aquilo que faço e digo, e a importância desta simbologia como arma terapêutica, para otimizar as minhas intervenções e incrementar os ganhos em saúde.

Já no PIAC, o contacto com as problemáticas da saúde mental das crianças e jovens foi para mim uma oportunidade de trabalhar contextos que nunca havia trabalhado. Desta forma, foi notória a aquisição de conhecimentos neste domínio, bem como senti que a minha consciência

enquanto pessoa e enfermeira se maturou. A par desta maturação, adquiri conhecimento sobre recursos da comunidade a serem utilizados quando necessário, na minha actividade profissional, entre os quais as Comissões de Protecção de Crianças e Jovens (CPCJ), e o próprio PIAC.

b) Demonstrar competências na assistência à pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.

No PIAC tive a oportunidade de acolher e intervir junto de crianças, jovens (individualmente e em grupo) e adultos, na optimização da sua saúde mental. São exemplos as consultas de acolhimento e entrevista inicial, e ainda a implementação de um projecto que visou promover e proteger a saúde mental, e prevenir a perturbação mental, num grupo específico de utentes, um grupo psicoeducativo de jovens abstinentes.

Na UIM do HML, EPE, este objectivo foi parcialmente atingido, na medida em que foi abordada essencialmente a fase do ciclo de vida do adulto, por imposição funcional do tipo de Unidade de Internamento e do tema a que este módulo se reporta. Finalmente, com a minha colaboração com os MdM-P pude desenvolver, entre outras, competências para assistir o idoso em situação de isolamento, assim como grupos de populações vulneráveis de variadas faixas etárias. A minha intervenção desenvolveu-se, assim, ao longo do estágio, acompanhando as diversas necessidades de saúde mental que são passíveis de surgir em todo o ciclo vital, adquirindo competências para otimizar a saúde mental dos clientes em todas as fases da sua vida.

c) Demonstrar competências para ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

Nos MdM-P tive a oportunidade de ajudar a pessoa em situação de vulnerabilidade psicossocial, a recuperar a sua saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias dos diversos contextos de intervenção dos MdM-P: em visita domiciliária, acompanhando população idosa em isolamento; em saídas nocturnas de rua, acompanhando população sem-abrigo (PSA), toxicodependentes e trabalhadores do sexo; nas instalações dos MdM-P, acompanhando os utentes dos projectos CASSA e “Mensanus”. Em todos os contextos valorizei os aspectos específicos do *setting* como instrumento terapêutico, e respeitei as diferentes dificuldades, entre as quais sublinho as saídas nocturnas e a necessidade de conhecimento do protocolo de segurança da instituição.

Na UIM, fui capaz de estabelecer diagnósticos de enfermagem na área da saúde mental da pessoa, assim como identificar os resultados esperados com a implementação dos projectos

de saúde dos utentes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental. Realizei e implementei o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo de utentes na Unidade de Internamento de Matosinhos, com a implementação das sessões de imaginação guiada, as quais tinha critérios de inclusão e exclusão definidos, assim como resultados esperados, indo ao encontro das necessidades identificadas nesse grupo. Realizei e implementei também planos de cuidados individualizados em saúde mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados identificados aos utentes durante o internamento na Unidade de Matosinhos. O plano de cuidados mais evidente foi apresentado no Estudo de Caso, apresentado no Anexo XI, mas a implementação de cuidados após identificação de necessidades em saúde mental, sua avaliação e reformulação de planos de cuidados foi prática diária e sistemática durante o módulo de estágio, e usando os recursos disponíveis e o contexto específico do internamento.

No PIAC, ressalvo que fui capaz de prestar cuidados aos jovens que acompanhei no grupo psicoeducativo, utilizando o contexto como instrumento terapêutico. Segundo Mélega (1994), citado por Figlie, Melo e Payá (2004: 5), o grupo tem a vantagem do *compartilhamento de experiências, que facilitará uma melhor percepção do comportamento das pessoas, através das possíveis interações ocorridas no contexto grupal; outro aspecto importante, em que se tratando de dependência, é o conceito de prevenção de recaída, em que o grupo pode assegurar um espaço mantenedor não só de abstinência, mas também como meio dos clientes elaborarem suas dificuldades pessoais e relacionais frente à manutenção da mesma; por intermédio do grupo e do que cada cliente experiencia, novas reflexões poderão surgir na tentativa de encontrar uma resposta diferente para a transformação da sua realidade*. Com a dinâmica de grupo adquirir competências de mediação, gestão de conflitos, e educação para a saúde. O principal enfoque do grupo psicoterapêutico foi a manutenção da saúde, e da mudança comportamental (abstinência).

- d) *Demonstrar competências para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.*

Segundo Taylor (1992), os profissionais da área de saúde mental têm como instrumentos de trabalho a fala, o discurso, a escuta; o objecto de trabalho é o indivíduo e suas relações. Por outro lado, segundo o preconizado no Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro, o EESM mobiliza-se a si mesmo como instrumento terapêutico, desenvolve vivências, conhecimentos e

capacidades de âmbito terapêutico que lhe permitem durante a prática profissional mobilizar competências psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducacionais.

Neste sentido, no HML, EPE prestei cuidados no âmbito psicoterapêutico, implementando intervenções psicoterapêuticas, individuais, e de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições. Utilizei técnicas psicoterapêuticas como a escuta activa, a relação terapêutica, e a imaginação guiada, e ainda outras em situações não formais como a consciencialização e a confrontação, que aumentam o *"insight"* do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema, e que facilitaram respostas adaptativas que permitiram ao cliente recuperar a sua saúde mental e atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, através do incremento das suas competências individuais (Ver Anexo X – Estudo de caso).

Por outro lado, no PIAC, ressalvo que fui capaz de prestar cuidados aos jovens que acompanhei no grupo psicoeducativo, usando a dinâmica grupal, e adquirindo competências de mediação, gestão de conflitos, e educação para a saúde.

- e) *Demonstrar capacidade de aplicar conhecimentos, de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP);*

Considero que poucas das situações com que me deparei em contexto de estágio eram familiares, e esta percepção fez-me desde cedo aproveitar todas as oportunidades de resolver problemas em situações novas. A minha actividade profissional distancia-se da prestação de cuidados na crise em psiquiatria – mas sim prestação de cuidados de saúde primários – e raramente com a área específica da saúde/doença mental. Assim, pude integrar todas as novas situações, contextos e problemáticas para utilização das novas competências noutros *settings*, mobilizando conhecimentos teóricos e teórico-práticos para fazer face a esta necessidade de integração e adaptação. O contacto com outros profissionais de saúde promoveu o diálogo multidisciplinar e este crescimento.

- f) *Desenvolver capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;*

Nos diversos serviços onde desenvolvi actividades de Estágio, tive a oportunidade de lidar com questões mais ou menos complexas, e sempre nessas ocasiões necessitei de criar juízos com

base em informação parca. No entanto, mantive sempre um diálogo interno de coerência com princípios éticos, e antecipando as consequências sociais e as responsabilidades das soluções que propus.

No PIAC, por exemplo, as entrevistas de acolhimento que realizei exigiram a formulação de juízos sobre as necessidades em saúde ou em saúde mental de cada utente e família, apesar de na maior parte das vezes a informação disponível ser parca, pouco clara, ou incompleta. A triangulação de dados com os obtidos de familiares ou de exames complementares permitiu muitas vezes clarificar situações, de modo a apoiar o juízo formulado e a tomada de decisão.

g) Desenvolver a capacidade de comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

A formação em serviço da equipa de voluntários dos Médicos do Mundo-Porto, subordinada ao tema da *Prevenção do burnout no voluntário*, obrigou à utilização de linguagem científica mas acessível, para transmitir informação a técnicos e voluntários de diversas áreas profissionais, incluindo médicos, enfermeiros, educadores sociais, mas também outros profissionais não relacionados com o sector da saúde. Por esta razão, a comunicação dos resultados do estudo realizado, assim como a EPS, permitiram desenvolver esta competência, alcançando o objectivo inicialmente proposto.

No HML, EPE, por outro lado, a transmissão de conhecimentos, conclusões, ou raciocínios a elas subjacentes foi facilitada por estar implementada na Unidade uma linguagem classificada, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), utilizada, não só para documentação no registo informático no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) mas, também, no diálogo clínico, nas passagens de turno, e ainda no diálogo interdisciplinar.

No PIAC, a reunião geral da equipa multidisciplinar, que tinha lugar sistematicamente às quintas-feiras de manhã, foi sempre um momento privilegiado de comunicar não só os casos clínicos que fui acompanhando, mas também o juízo que fiz dos mesmos, realçando as necessidades de cuidados em saúde mental. A presença de profissionais de diversas áreas (enfermagem, psiquiatria, psicologia clínica, psicologia forense, psicopedagogia, educação social, criminologia) exigiu um esforço de hermenêutica e de utilização de terminologia técnica mas acessível, que penso ter conseguido de forma clara e sem ambiguidades.

h) Demonstrar competências de gestão dos cuidados na área da ESMP;

Com a operacionalização do instrumento de identificação de Factores de Risco em Saúde Mental, para idosos e PSA, considero ter contribuído para a gestão de cuidados na área da ESMP, na medida em que implicou uma constante articulação com o contrato assistencial do Projecto “Mensanus”, de forma a não introduzir, na sua execução, alterações funcionais e estruturais ao mesmo, nomeadamente no que diz respeito ao tipo de instrumentos preconizados para uso com os utentes do Projecto, e como tal preenche requisitos de planeamento de cuidados. Por outro lado, este objectivo concretizou-se naturalmente, se considerar que, na inexistência de Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria na Instituição, todas as actividades que desenvolvi foram necessariamente geridas por mim.

i) Demonstrar competências para identificar as necessidades formativas na área da ESMP;

Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República sob a forma do Regulamento n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro, os enfermeiros especialistas concebem, gerem e colaboram em programas de melhoria contínua da qualidade, entre os quais programas de educação e formação dos clientes e dos pares.

O trabalho referente à identificação de sinais de *Burnout* na equipa de voluntários dos Médicos do Mundo-Porto, e que se desenrolou ao longo das 2 primeiras quinzenas de estágio, permitiu não só realizar um pequeno estudo de investigação, desenvolvendo competências a nível da aplicação do método de investigação, mas também identificar uma necessidade específica no seio desta equipa. Considero ter sido capaz de comunicar as conclusões à equipa dos MdM-P e à equipa de voluntários, e a produção do poster permite dar um contributo à equipa mais alargado em termos temporais, permitindo a transmissão da informação a elementos futuros na equipa de voluntários, e a todos os que não puderam estar presentes na referida reunião.

j) Demonstrar competências para promover a formação em serviço na área de ESMP;

Descodificar e disseminar a pares informação relevante para a melhoria dos cuidados, faz parte das dimensões de acção dos enfermeiros especialistas (REGULAMENTO n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro).

Mais uma vez, o trabalho referente à identificação de sinais de *Burnout* na equipa de voluntários dos MdM-P, permitiu desenvolver competências de investigação, mas, também, diagnosticar uma necessidade formativa na equipa de voluntários. A formação planeada e implementada, daqui decorrente, permitiu adquirir competências de formação em serviço na

área específica da enfermagem de saúde mental e de disseminação de informação relevante não só para a promoção da saúde mental do grupo de voluntários, mas, também, para a melhoria de cuidados na Instituição.

Em suma, e partindo das competências preconizadas pelo Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Mental da Ordem dos Enfermeiros, como competências de base que um Enfermeiro ESM deve deter, e que constam do Regulamento n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro, demonstrei, ao longo do percurso que concretiza o estágio e este relatório, a aquisição das referidas competências de base.

4

CONCLUSÕES GERAIS

No contexto da Unidade Curricular de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, do Instituto de Ciências da Saúde do Porto, da Universidade Católica Portuguesa, surge o presente Relatório, que pretendeu descrever o processo metodológico da implementação do projecto previamente delineado, assim como as competências adquiridas em cada um dos diferentes módulos que constituem o Estágio. Reportou-se, assim, ao horizonte temporal de 19 de Abril de 2010 a 31 de Janeiro de 2011.

Os locais de realização do estágio a que este relatório se refere reflectiram uma lógica de desenvolvimento de competências profissionais na área da Enfermagem de Saúde Mental em todas as fases do ciclo vital e tendo em conta as necessidades específicas de diferentes grupos vulneráveis. Destaca-se o trabalho desenvolvido junto de populações vulneráveis da cidade do Porto, em articulação com a Organização Não Governamental (ONG) Médicos do Mundo (MdM) Portugal, Representação Norte; na Unidade de Internamento de Matosinhos do Hospital de Magalhães Lemos, EPE (HML, EPE), na gestão de situações agudas de doença mental em adultos; e as actividades desenvolvidas junto de crianças e jovens em risco, suas famílias e cuidadores, no Projecto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC) do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (IDT, I.P.).

Entre as actividades desenvolvidas nestas instituições contam-se:

- ✓ O desenvolvimento de um instrumento que serve de base ao projecto de contrato assistencial do Projecto “Mensanus” dos Médicos do Mundo (Factores de risco em Saúde Mental em Idosos e População Sem-abrigo), que permite a identificação de factores de risco em saúde mental na entrevista inicial dos utentes deste projecto, e ainda no seu seguimento, permitindo inferir ganhos em saúde;
- ✓ A identificação de sinais de *burnout* entre a equipa de voluntários da mesma instituição, por meio de aplicação individual de um instrumento para detecção de sinais de *burnout* a uma amostra aleatória de voluntários, o que permitiu detectar um risco de desenvolvimento de *burnout* nesta equipa; a sensibilização da mesma equipa de voluntários para a necessidade de promoção da sua saúde mental no exercício do voluntariado, e a integração, no plano formativo e de reciclagem dos mesmos, de

conteúdos de sensibilização para a promoção da saúde mental e detecção de sinais de *burnout* nos pares;

- ✓ A criação da operacionalização da técnica de imaginação guiada para aplicação na Unidade de Internamento de Matosinhos do HML, EPE, com os objectivos de promover o bem-estar, o relaxamento, a diminuição da ansiedade e promoção do autocontrolo da mesma, a diminuição da dor, da insónia e da tensão arterial, em utentes com estes diagnósticos, e que apresentem ausência de factores de exclusão, tendo obtido resultados subjectivos positivos, e que permitiram planear a implementação sistemática desta intervenção na Unidade de Internamento de Matosinhos;
- ✓ A prestação de cuidados a adultos em situação de crise em saúde mental, como consubstanciado no Estudo de caso apresentado, em que uma abordagem cognitiva por meio de aplicação de relação de ajuda teve efeitos positivos na preparação para a alta de um utente com risco de recaída de tentativa de suicídio;
- ✓ O planeamento e implementação de sessões de continuidade de um grupo psicoeducativo organizado previamente, para promover mudança comportamental, adopção de estilos de vida saudáveis, e educação para a saúde em jovens abstinentes do consumo de cannabis, acompanhados no PIAC.

Em todos estes contextos, fui capaz de identificar emoções, sentimentos, valores e outros factores pessoais ou circunstanciais que pudessem interferir na relação terapêutica com os utentes; fui ainda capaz de manter o contexto e limites da relação profissional para preservar a integridade do processo terapêutico.

Apreendi também a importância de monitorizar continuamente as minhas reacções corporais, emocionais e respostas comportamentais durante o processo terapêutico, mesmo durante a prestação de cuidados gerais, compreendendo a importância do valor simbólico de tudo aquilo que faço e digo, e a importância desta simbologia como arma terapêutica, para otimizar as minhas intervenções e incrementar os ganhos em saúde.

Fui capaz de estabelecer diagnósticos de enfermagem na área da saúde mental do indivíduo, e de grupos, assim como identificar os resultados esperados com a implementação dos projectos de saúde dos utentes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.

Realizei e implementei, também, planos de cuidados individualizados em saúde mental, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados identificados. O plano de cuidados mais evidente será o apresentado no Estudo de Caso, mas a implementação de cuidados após identificação de necessidades em saúde mental, sua avaliação e reformulação de planos de cuidados foi prática diária e sistemática durante os três módulos de estágio. Prestei cuidados no âmbito psicoterapêutico, implementando intervenções psicoterapêuticas,

individuais, e de grupo, centradas nas respostas humanas aos processos de saúde/doença mental e às transições. Utilizei técnicas psicoterapêuticas como a escuta activa, a relação terapêutica, e a imaginação guiada, e ainda outras em situações não formais como a consciencialização e a confrontação, que aumentam o "*insight*" do cliente, permitindo elaborar novas razões para o problema, e que facilitaram respostas adaptativas que permitiram ao cliente recuperar ou melhorar a sua saúde mental.

Mobilizei conhecimentos teóricos e teórico-práticos para fazer face à necessidade de integração e adaptação, sendo que o contacto com outros profissionais de saúde promoveu o diálogo multidisciplinar.

O presente relatório alcançou os seus principais objectivos, nomeadamente descrever o percurso realizado desde a fase de projecto à sua implementação, bem como apresentar a reflexão crítica das actividades desenvolvidas. Foram apreciados os ganhos obtidos sob a forma de competências adquiridas, desenvolvidas e sedimentadas, e ainda apresentadas de forma sumária as actividades mais relevantes.

A sua concretização foi um processo moroso e meticuloso, dada a abrangência e multiplicidade de experiências e contextos de intervenção; as principais dificuldades à sua realização consistiram na grande heterogeneidade de contextos onde desenvolvi actividades, o que dificulta o esforço de compreender a saúde mental como transversal aos processos de saúde e doença, e transições ao longo do ciclo vital.

Finalmente, o principal contributo deste relatório, consiste em espelhar a multiplicidade de necessidades em saúde mental, as diversas intervenções do ESMP, e a complexidade das intervenções considerando a sua transversalidade a todas as problemáticas de saúde e sociais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P – *Hospital de Magalhães Lemos*. 2008. Portugal: ARS Norte IP. [em linha] Consult. 16/02/2010. Disponível na WWW:<URL:<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Institui%C3%A7%C3%B5es/Porto/Hospital%20Magalh%C3%A3es%20Lemos>>.

ARAÚJO, Cidália, *et.al.* – *Estudo de Caso*. 2008. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

COMISSÃO EUROPEIA – *Livro Verde - Melhorar a saúde mental da população: Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. 2005. Bruxelas, Comissão das Comunidades Europeias.

FIGLIE, N.B.; MELO, D.G.; PAYÁ, R. – *Dinâmicas de Grupo Aplicadas no Tratamento da Dependência Química: Manual Teórico e Prático*. 2004. 1ª ed. Editora Roca: São Paulo.

MÉDICOS DO MUNDO – *Projecto “Mensanus”*. 2008. Portugal: Médicos do Mundo,. [em linha] Consult. 16/02/2010. Disponível na WWW: <URL: www.medicosdomundo.pt>.

MÉDICOS DO MUNDO – *Guia do Voluntário*. Lisboa: Médicos do Mundo,s.d.

MELO; GOMES; CRUZ – *Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia*. 1999. In *Avaliação Psicológica: Formas e Conceitos*. Vol.VI. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.

OMS, OPAS – *Relatório Sobre a Saúde no Mundo*. 2001. Génova, Organização Mundial de Saúde.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. 2009. Portugal, Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Comissão para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental – *Relatório: Proposta de Plano de Acção para a Reestruturação e Desenvolvimento dos Serviços de Saúde Mental em Portugal 2007-2016*.

PORTUGAL, Ministério da Saúde – *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: Resumo Executivo*. 2008. Lisboa, Coordenação Nacional para a Saúde Mental.

SEQUEIRA, Carlos – *Manual: Saúde Mental e Psiquiatria*. 2002. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João.

TAYLOR, Cecília Monat - *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica*. 1992. Porto Alegre: Artes Médicas.

WILLIAMS, A.M.; DAVIES, A; GRIFFITHS, G. - *Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: Preliminary development of clinical practice guidelines. International Journal of Nursing Practice*: 2009. 15: 145-155.

WHO; WONCA - *Integrating mental health into primary care: A global perspective*. 2008. Génova, World Health Organization e World Organization of Family Doctors.

WHO – *Mental Health Policy, Plans and Programmes (Updated version)*. 2004. Mental Health Policy and Service Guidance Package. Génova, Organização Mundial de Saúde.

WHO - *Relatório Mundial da Saúde - Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. 2002. Lisboa, Direcção Geral de Saúde, 2002 (versão portuguesa); Génova, Organização Mundial de Saúde, 2002 (versão original).

WHO – *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice*. 2005. Geneva, Organização Mundial de Saúde.

REFERÊNCIAS JURÍDICAS

DECRETO-LEI n.º 161/1996, de 4 de Setembro – *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*.

DECRETO-LEI n.º 389/99, de 30 de Setembro

LEI n.º 111/2009, de 16 de Setembro - *Alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*.

LEI n.º 71/98, de 3 de Novembro - *Enquadramento jurídico da actividade de voluntariado*

LEI n.º 48/90, de 24 de Agosto, Lei de Bases da Saúde, com as alterações introduzidas pela

LEI n.º 27/2002, de 8 de Novembro.

RESOLUÇÃO DO CONSELHO DE MINISTROS n.º 49/2008, de 6 de Março – *Plano Nacional de Saúde Mental*.

REGULAMENTO n.º 122/2011, de 18 de Fevereiro - *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*.

REGULAMENTO n.º 129/2011, de 18 de Fevereiro - *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria*.

ANEXO I

PROJECTO DE ESTÁGIO



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

└ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NUMA PERSPECTIVA COMUNITÁRIA

Projecto de Estágio

Aluna: Rita Durães Pinto

**Sob orientação da Professora Regina Teixeira de Sousa e
da Professora Aida Maria Silva Fernandes**

Porto, Março de 2009

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	7
I. PROJECTO DE ESTÁGIO.....	9
I.1. Objectivos gerais de estágio.....	9
I.2. Módulos de estágio.....	10
I.2.1. Módulo I – Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção.....	10
I.2.1.1. Instituição.....	10
I.2.1.2. Projecto.....	10
I.2.1.3. Área de Intervenção do projecto.....	10
I.2.1.4. Contextualização teórica sumária.....	10
I.2.1.5. Objectivos específicos.....	11
I.2.1.6. Estratégias / Actividades.....	11
I.2.1.7. Indicadores de avaliação.....	11
I.2.1.8. Horas de contacto.....	11
I.2.1.9. Cronograma.....	12
I.2.2. Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidade de intervenção na crise de adultos.....	12
I.2.2.1. Instituição.....	12
I.2.2.2. Serviço.....	12
I.2.2.3. Contextualização teórica sumária.....	12
I.2.2.4. Objectivos específicos.....	13
I.2.2.5. Estratégias / Actividades.....	13
I.2.2.6. Indicadores de avaliação.....	13
I.2.2.7. Horas de contacto.....	13
I.2.2.8. Cronograma.....	15
I.2.3. Módulo III – Opção.....	15
I.2.2.1. Instituição.....	12
I.2.2.2. Projecto.....	12
I.2.2.3. Contextualização teórica sumária.....	12
I.2.2.4. Objectivos específicos.....	12
I.2.2.5. Estratégias / Actividades.....	12
I.2.2.6. Indicadores de avaliação.....	15

1.2.2.7. Horas de contacto.....	13
1.2.2.8. Cronograma.....	15
2. CONCLUSÃO	17
3. REFERÊNCIAS.....	19

ANEXOS

Anexo I – Cronograma geral de Estágio

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ARS Norte, IP – Administração Regional de Saúde do Norte, IP

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System (Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos)

ESMP – Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

HML – Hospital Magalhães Lemos

IDT – Instituto da Droga e da Toxicodependência

ICSP – Instituto de Ciências da Saúde do Porto

MdM – Médicos do Mundo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PIAC – Projecto Integrado de Apoio à Comunidade

UCP – Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

“Para todas as pessoas, a saúde mental, a saúde física e a social constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se cada vez mais evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países.”
(OPAS, OMS, 2001:2)

De acordo com o Plano de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, a Unidade Curricular Estágio corresponde a 30 créditos segundo o European Credit Transfer and Accumulation System (ou Sistema Europeu de Acumulação e Transferência de Créditos, ECTS), os quais equivalem a 750 horas de trabalho, sendo que, destas, 540 horas dizem respeito a horas presenciais, sendo as restantes (210 horas) reservadas a trabalho individual. No sentido de desenvolvimento de competências em diferentes áreas, o Estágio será dividido em 3 Módulos, correspondendo a cada um deles 180 horas presenciais, o equivalente a 10 ECTS. Uma vez que não se possui experiência profissional relevante na área da Psiquiatria ou da Saúde Mental, terei necessidade de realizar todos os três módulos de Estágio.

A selecção dos locais de realização do estágio, em cada um dos três módulos, reflecte não só preferência individual, mas também uma lógica de desenvolvimento de competências profissionais na área da Enfermagem de Saúde Mental em todas as fases do ciclo vital, e tendo em conta as necessidades específicas de diferentes grupos vulneráveis. Assim, optei, no módulo referente à promoção de estilos de vida saudáveis, pelo desenvolvimento de actividades junto de populações vulneráveis da cidade do Porto, em articulação com a Organização Não Governamental (ONG) Médicos do Mundo (MdM). No segundo módulo, pretendo desenvolver actividades no Hospital de Magalhães Lemos (HML), no serviço de internamento de adultos residentes na área geográfica de Matosinhos, permitindo o aprimoramento de gestão de situações agudas de doença mental em adultos. Finalmente, o terceiro módulo, de natureza opcional, permitirá contribuir para o aprofundamento de conhecimentos e aquisição de competências relacionadas com a saúde mental na adolescência, e numa óptica comunitária, tendo optado pelo Projecto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC) do IDT.

Desenvolvendo, profissionalmente, actividades no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, na Unidade de Saúde do Covelo (Agrupamento de Centros de Saúde VII - Porto Oriental) e estando actualmente envolvida na criação de uma Unidade de Cuidados na Comunidade, é minha expectativa que este contacto com necessidades específicas da população, diferentes

etapas do ciclo vital, diferentes problemáticas associadas à Saúde Mental, assim como com técnicos diferenciados de equipas multidisciplinares com diferentes metodologias de trabalho, possa de facto contribuir para um crescimento profissional e pessoal, e ainda fornecer um contributo importante para a concepção e prática de cuidados ao nível comunitário. A reflexão sobre a importância da prestação de cuidados de Saúde Mental a nível comunitário poderá ser encontrada em anexo a este projecto.

O Estágio será, em cada módulo, orientado por um Enfermeiro Especialista, ou Enfermeiro tutor, pertencente a cada serviço, e decorrerá ainda sob a cândida orientação das Sr.^a Professoras Regina Sousa e Aida Fernandes, docentes na Universidade Católica Portuguesa.

O presente projecto adopta uma metodologia descritiva, procurando contextualizar teoricamente a importância de cada local de estágio, definir os objectivos, actividades a serem implementadas, e indicadores de avaliação. Por este motivo, optou-se por apresentar cada módulo de Estágio separadamente, em três capítulos distintos, não se pretendendo, no entanto oferecer uma visão fragmentada do estágio, mas tão pouco facilitar a consulta do mesmo Projecto. Mais uma vez se realça que se pretende que o Estágio apresente objectivos globais, e que os diferentes módulos se desenrolem num *continuum* de desenvolvimento de competências.

Espera-se que este trabalho contribua efectivamente como orientador do Estágio, assim como instrumento de consulta sumária a todos os interessados nos projectos que irei integrar, pretendendo de igual modo dar visibilidade às actividades desenvolvidas e processo de pensamento dos Enfermeiros de Saúde Mental.

I. PROJECTO DE ESTÁGIO

I.1. Objectivos gerais de estágio

Na observância das competências do Enfermeiro Especialista de Saúde Mental e Psiquiátrica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (2009) e descritas no seu Caderno Temático acerca do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional (MDP), propõe-se como objectivos gerais (OG) os seguintes:

OG 1. Demonstrar um elevado conhecimento e consciência de mim enquanto pessoa e enfermeira, mercê de vivências e processos de auto - conhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.

OG 2. Desenvolver competências para assistir a pessoa ao longo do ciclo de vida, família, grupos e comunidade na optimização da saúde mental.

OG 3. Desenvolver competências para ajudar a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.

OG 4. Desenvolver competências para prestar cuidados de âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.

São ainda objectivos gerais de estágio:

OG 5. Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP);

OG 6. Desenvolver capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

OG 7. Ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades.

OG 8. Desenvolver competências de gestão dos cuidados na área da ESMP;

OG 9. Desenvolver competências para identificar as necessidades formativas na área da ESMP;

OG 10. Desenvolver competências para promover a formação em serviço na área de ESMP;

Os objectivos específicos de Estágio serão apresentados para cada módulo em capítulos posteriores.

I.2. Módulos de Estágio

I.2.1. Módulo I – Promoção de estilos de vida saudáveis, diagnóstico e prevenção

I.2.1.1. Instituição: Médicos do Mundo

I.2.1.2. Projecto: Projecto “Mensanus”.

I.2.1.3. Área de Intervenção do projecto: Área da saúde mental, reabilitação, redução de danos e reinserção de populações vulneráveis da área geográfica do Porto.

I.2.1.4. Contextualização teórica sumária

Médicos do Mundo é uma ONG que promove ajuda humanitária e cooperação para o desenvolvimento, sem filiação partidária ou religiosa, e que promove a prestação de cuidados de saúde às populações mais vulneráveis, quer dentro, quer fora do país, e preconiza que o acesso a cuidados primários de saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos, independentemente da sua nacionalidade, religião, ideologia, raça ou possibilidades económicas. (MdM, 2008). Concretamente, o projecto “Mensanus” possui como objectivo geral melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas mentais através da inclusão social e da protecção dos seus direitos e da sua dignidade (MdM, 2008), sendo os utilizadores do projecto pessoas em situação de vulnerabilidade, exclusão social e/ou com comportamentos de risco, nomeadamente pessoas sem-abrigo, pessoas idosas, pessoas com hábitos de consumos de substâncias psicoactivas, imigrantes indocumentados e trabalhadores do sexo.

I.2.1.5. Objectivos específicos:

- ✓ Identificar as necessidades específicas das populações vulneráveis abrangidas pelo projecto da equipa dos MdM;
- ✓ Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica;
- ✓ Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências;
- ✓ Colaborar com a equipa multidisciplinar nas actividades do Projecto “Mensanus”;
- ✓ Identificar necessidades formativas da equipa de voluntários dos MdM na área específica da saúde mental;
- ✓ Avaliar eficaz e objectivamente os cuidados prestados.

I.2.1.6. Estratégias/Actividades:

- ✓ Participação na reunião mensal de equipa MdM;
- ✓ Pesquisa bibliográfica;
- ✓ Observação directa das actividades desenvolvidas pela equipa dos MdM;
- ✓ Intervenção comportamental - aconselhamento, relação de ajuda, entrevista motivacional;
- ✓ Informação, educação e mudança de comportamentos - acções individuais e distribuição de material informativo;
- ✓ Visita Domiciliária - consultas, avaliação das condições de habitabilidade, monitorização das condições para adesão ao plano terapêutico.
- ✓ Construção de um instrumento de colheita de dados no âmbito da saúde mental da equipa de voluntários;
- ✓ Aplicação do referido instrumento e tratamento dos dados, sua discussão e apresentação dos resultados;
- ✓ Construção de Guião de observação complementar à Escala de Depressão Geriátrica Abreviada de Yesavage, em uso no Projecto “Mensanus”;
- ✓ Realização de sensibilização informal dos voluntários, em contexto de trabalho de campo em equipa, relativamente a temas sensíveis aos cuidados de enfermagem de saúde mental;

I.2.1.7. Indicadores de avaliação:

- ✓ Presença de comunicação de resultados de prática clínica.
- ✓ Taxa de implementação das actividades planeadas.

- ✓ Resolução dos fenómenos de enfermagem identificados por meio da implementação das intervenções, propostas casuisticamente.
- ✓ Eficácia na sensibilização da equipa de voluntários para as problemáticas de saúde mental nos utentes abrangidos pelos projectos MdM;
- ✓ Realização de portfolio relativo às actividades desenvolvidas no primeiro módulo de estágio;
- ✓ Apreciação satisfatória do portfolio do módulo (avaliado pelo Enfermeiro Tutor e pela Professora Orientadora de Estágio).

1.2.1.8. Horas de contacto

O somatório de horas alocadas a actividades presenciais deverá igualar 180h, distribuídas por turnos em horário a definir.

1.2.1.9. Cronograma

As actividades relativas ao primeiro módulo de estágio decorrerão entre 19/04/2010 e 19/06/2010. O cronograma geral pode ser consultado no Anexo II.

1.2.2. Módulo II – Desenvolvimento de competências em unidade de intervenção na crise de adultos

1.2.2.1. Instituição: Hospital de Magalhães Lemos, EPE

1.2.2.2. Serviço: Unidade de Internamento de Matosinhos

1.2.2.3. Contextualização teórica sumária:

O Hospital de Magalhães Lemos é um hospital psiquiátrico orientado para a gestão de situações agudas de patologia psiquiátrica, em todas as fases do ciclo vital, mas que aposta também na plena integração social dos indivíduos com problemas mentais, desenvolvendo actividades de ligação com os Centros de Saúde e Hospitais Gerais, bem como de articulação com as estruturas de segurança social, públicas e privadas, e com as autarquias da área assistencial, promovendo actualmente várias iniciativas de dinamização de Unidades Residenciais e de Emprego Social para doentes com deficiente retaguarda sócio-familiar e profissional. Possui como área de influência o Concelho do Porto (Aldoar, Cedofeita, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos, Miragaia, Nevogilde, Ramalde e Vitória), o Concelho de Matosinhos e os Concelhos da Póvoa do Varzim, Vila do Conde, Santo Tirso e Trofa (e os respectivos Centros de Saúde: Negrelos, Santo Tirso e Trofa) (ARS Norte, IP, 2008).

1.2.2.4. Objectivos específicos:

- ✓ Aumentar e consolidar os conhecimentos na área da psiquiatria na fase do ciclo vital do adulto.
- ✓ Observar directamente as actividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem do Serviço Matosinhos.
- ✓ Identificar necessidades de cuidados em saúde mental.
- ✓ Conceber cuidados de enfermagem adaptados às necessidades de saúde mental avaliadas casuisticamente.
- ✓ Avaliar objectivamente os cuidados prestados.
- ✓ Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da área da ESMP;

1.2.2.5. Estratégias/Actividades:

- ✓ Aplicação de instrumentos de colheita de dados para avaliação diagnóstica (a definir).
- ✓ Aplicação de instrumentos de colheita de dados para avaliação dos ganhos em saúde decorrentes das intervenções de enfermagem (a definir).
- ✓ Utilizar o método de resolução de problemas, assim como um processo de enfermagem diferenciado.
- ✓ Identificar necessidades formativas no serviço por observação directa e consulta dos demais enfermeiros.
- ✓ Realização de estudo de caso.
- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica.

1.2.2.6. Indicadores de avaliação:

- ✓ Aplicação efectiva de pelo menos um instrumento de colheita de dados (a definir).
- ✓ Realização de pelo menos um estudo de caso.
- ✓ Realizado portfolio relativo às actividades desenvolvidas no segundo módulo de estágio
- ✓ Apreciação satisfatória do portfolio do módulo (avaliado pelo Enfermeiro Tutor e pela Professora Orientadora de Estágio).

1.2.2.7. Horas de contacto

O somatório de horas alocadas a actividades presenciais deverá igualar 180h, distribuídas por turnos em horário a definir.

1.2.2.8. Cronograma

As actividades relativas ao primeiro módulo de estágio decorrerão entre 06/10/2010 e 28/11/2010. O cronograma geral pode ser consultado no Anexo II.

1.2.3. Módulo III – Opção

1.2.3.1. Instituição: Instituto da Droga e da Toxicoddependência (IDT), IP – Delegação Regional do Norte

1.2.3.2. Projecto: Programa Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC)

1.2.3.3. Contextualização teórica sumária: O PIAC é um serviço da Delegação Regional Norte do IDT, IP que se encontra a ser desenvolvido no terreno desde Janeiro de 2007, tendo como parceira privilegiada, entre outras instituições, a Universidade Católica. Consiste num serviço que tem como objectivo principal a prestação de apoio à comunidade no contexto da prevenção selectiva e indicada, por via da criação de um espaço de escuta a crianças, jovens ou adultos que necessitem de aconselhamento individual; através de educação para a saúde, informação e sensibilização sobre como lidar com comportamentos de risco como, por exemplo, com a pré-delinquência, comportamentos desviantes, dependências ou novas dependências, e ainda fornecendo e supervisão às instituições públicas e privadas que prestam cuidados ou serviços a crianças, adolescentes e jovens em risco; e colaborando com projectos de investigação de contexto académico e/ou científico.

A equipa do PIAC é constituída por um médico psiquiatra, um pedopsiquiatra a tempo parcial, três técnicos psicossociais, seis psicólogos, três técnicos com formação em terapia familiar, dois enfermeiros (um a tempo parcial) e um assistente social (a tempo parcial).

1.2.3.4. Objectivos específicos:

- ✓ Trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar;
- ✓ Identificar problemáticas da fase do ciclo vital da infância e adolescência, sensíveis aos cuidados de Enfermagem de Saúde Mental.
- ✓ Acompanhar o circuito de sinalização, acompanhamento e referenciação de crianças e jovens em risco, e suas famílias.

1.2.3.5. Estratégias/Actividades:

- ✓ Realização de pesquisa bibliográfica.
- ✓ Observação directa das actividades desenvolvidas pela equipa do PIAC.

- ✓ Realização de entrevista de acolhimento e colheita inicial de dados aos novos utentes (triagem).
- ✓ Implementação de aconselhamento individual, escuta activa, entrevista motivacional, relação de ajuda, educação para a saúde, sensibilização e informação sobre comportamentos de risco, quando aplicável.

1.2.3.6. Indicadores de avaliação:

- ✓ Taxa de execução das intervenções planeadas casuisticamente.
- ✓ Realizado portfolio relativo às actividades desenvolvidas no terceiro módulo de estágio
- ✓ Apreciação satisfatória do portfolio do módulo (avaliado pelo Enfermeiro Tutor e pela Professora Orientadora de Estágio).

1.2.3.7. Horas de contacto

O somatório de horas alocadas a actividades presenciais deverá igualar 180h, distribuídas por turnos em horário a definir.

1.2.3.8. Cronograma

As actividades relativas ao primeiro módulo de estágio decorrerão entre 29/11/2010 e 31/01/2011. O cronograma geral pode ser consultado no Anexo II.

2. CONCLUSÃO

Com o presente projecto pretendeu-se realizar uma reflexão sobre o percurso que se pretende traçar, assim como sobre as oportunidades de desenvolvimento de competências, profissionais e humanas, que se prevêem no contexto do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Respeitou-se a metodologia proposta e a sequência lógica do planeamento, porém, verifica-se que alguns aspectos práticos dos diferentes módulos de estágio ficaram por definir. Entre estes, contam-se os horários a serem praticados em cada módulo, que ficarão dependentes de articulação com a actividade profissional presente e as especificidades de cada local de estágio. Ficou também por definir o projecto dos MdM em que se pretende desenvolver actividades, ficando esta opção pendente até reunião com os parceiros institucionais. Todos os aspectos que ficaram por definir serão acrescentados *à posteriori*, em reformulação da fase de projecto.

Ressalva-se mais uma vez que se pretende que o Estágio seja um *continuum* de oportunidades de aprendizagem, pessoal e profissional, e de aquisição e desenvolvimento de competências, e não somente um somatório de módulos isolados. Do mesmo modo, o disposto no presente projecto carece, portanto, de reavaliação contínua, dependente das oportunidades que irão surgindo no decurso do Estágio, assim como as dificuldades ou novas necessidades que forem sendo identificadas. Por esta razão, pretende-se do mesmo que se concretize num projecto dinâmico, em constante remodelação.

3. REFERÊNCIAS

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO NORTE, I.P – *Hospital de Magalhães Lemos*. Portugal: ARS Norte IP, 19 de Maio de 2008. [em linha] Consult. 16/02/2010. Disponível na WWW:<URL:<http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Institui%C3%A7%C3%B5es/Porto/Hospital%20Magalh%C3%A3es%20Lemos>>.

MÉDICOS DO MUNDO – *Projecto “Mensanus”*. Portugal: Médicos do Mundo, 2008. [em linha] Consult. 16/02/2010. Disponível na WWW: <URL: www.medicosdomundo.pt>.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Caderno Temático Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, Dezembro de 2009. [em linha] Consult. 10/02/2010. Disponível na WWW: <URL: www.ordemenfermeiros.pt>.

PORTUGAL, Ministério da Saúde; Instituto da Droga e da Toxicodependência – *Dependências*. Setembro 2008.

OMS, OPAS – *Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001*. Génova, Organização Mundial de Saúde, 2001.

ANEXOS



Anexo I – Cronograma geral de Estágio

Ano	2010																						2011									
Mês	Abril				Maio				Junho				//				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			
2ª feira	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	
		6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22		29	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25
3ª feira	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	27	
		8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24		7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	
5ª feira	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	
		3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19		26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22
Sábado	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	
		12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28		4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31

Legenda:

- Médicos do Mundo (180h)
- Hospital Magalhães Lemos – Serviço Matosinhos
- IDT – PIAC (180h)

Períodos sem actividades lectivas / Estágio

// Interrupção (meses de Julho, Agosto e Setembro de 2010)

ANEXO II

CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO “MENSANUS” – REPRESENTAÇÃO NORTE DOS MÉDICOS DO MUNDO PORTUGAL

CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO “MENSANUS” – REPRESENTAÇÃO NORTE DOS MÉDICOS DO MUNDO PORTUGAL

Projecto M143-08 dos Médicos do Mundo, com o nome “Mensanus”.

Horizonte temporal: Abril de 2009 a Março de 2013

Financiador: Alto Comissariado de Saúde

Equipa:

- ✓ Coordenação (2h/semana)
- ✓ Educadora Social (7h/semana)
- ✓ Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria (7h/semana)
- ✓ Enfermeiro Especialista em Reabilitação (7h/semana)
- ✓ Contabilidade (1h/semana)

País: Portugal

Localização: Grande Porto

Morada de referência:

Médicos do Mundo

Rua dos Mercadores, 140, 1º

4050-374 Porto

Área de Intervenção: Reabilitação, Redução de danos e Reinserção

Contextualização teórica sumária

Médicos do Mundo é uma ONG que promove ajuda humanitária e cooperação para o desenvolvimento, sem filiação partidária ou religiosa, e que promove a prestação de cuidados de saúde às populações mais vulneráveis, quer dentro, quer fora do país, e preconiza que o acesso a cuidados primários de saúde é um direito fundamental de todos os seres humanos, independentemente da sua nacionalidade, religião, ideologia, raça ou possibilidades económicas. (MdM, 2008). Concretamente, o projecto “Mensanus” possui como objectivo geral melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas mentais através da inclusão social e da protecção dos seus direitos e da sua dignidade (MdM, 2008), sendo os utilizadores do

projecto pessoas em situação de vulnerabilidade, exclusão social e/ou com comportamentos de risco, nomeadamente pessoas sem-abrigo, pessoas idosas, pessoas com hábitos de consumos de substâncias psicoactivas, imigrantes indocumentados e trabalhadores do sexo.

Objectivo Geral:

- ✓ Melhorar a qualidade de vida das pessoas com problemas mentais através da inclusão social e da protecção dos seus direitos e da dignidade.

Objectivos específicos:

- ✓ Até Março 2013, aumentar em 40% o acesso dos utilizadores em processo de gestão de caso aos cuidados de saúde mental.
- ✓ Aumentar em 20% os níveis de autonomia e de independência dos utilizadores identificados com grau de dependência.

Parceiros:

- ✓ Espaço T, Associação CAIS, Ciência e Letras-Formação Especializada, Lda.

Actividades:

- ✓ Intervenção social dinâmica - articulação institucional, acompanhamento/encaminhamento às instituições de apoio, atendimentos e educação de competências.
- ✓ Intervenção comportamental - aconselhamento, co-definição do projecto de vida, entrevista motivacional, prevenção de recaídas.
- ✓ Prestação de cuidados de saúde - consultas, atribuição de medicação, co-definição do plano terapêutico, monitorização dos efeitos secundários, tratamentos, monitorização do cumprimento do plano terapêutico e articulação institucional.
- ✓ Informação, educação e mudança de comportamentos - acções individuais e distribuição de material informativo.
- ✓ Visita Domiciliária - consultas, avaliação das condições de habitabilidade, monitorização das condições para adesão ao plano terapêutico.

ANEXO III

**CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO MATOSINHOS DO HOSPITAL
MAGALHÃES LEMOS, EPE**

CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO MATOSINHOS DO HOSPITAL MAGALHÃES LEMOS, EPE

O Hospital de Magalhães Lemos, EPE aderiu ao Projecto IPQP (International Quality Indicator Project) em Março de 2005, possuindo neste momento a referida acreditação.

Atende utentes inscritos nos CS das freguesias do concelho de Matosinhos: Leça da Palmeira, Matosinhos, São Mamede de Infesta, Senhora da Hora, Custóias, St.^a Cruz do Bispo, Perafita e Lavra. Abrange cerca de 166.275 habitantes, 177.851 inscritos, dados revistos em Maio de 2010). A Unidade de Internamento de Matosinhos tem a finalidade de assegurar cuidados de SMP a toda a população adulta da área geodemográfica referida (ambos os sexos).

a. Localização

A Unidade de Internamento de Matosinhos localiza-se no Hospital de Magalhães Lemos, EPE, na Rua Prof. Álvaro Rodrigues, 4149-003 Porto, no Pavilhão 4, no 1º andar esquerdo.

No R/C localiza-se a Unidade de Convalescença do Hospital Pedro Hispano, sendo contíguo à Psicogeriatria.

b. Caracterização física

Estruturalmente, a Unidade de Internamento de Matosinhos é composta por:

- ✓ 2 enfermarias para o sexo feminino, com 8 camas
- ✓ 2 enfermarias para o sexo masculino, 10 camas
- ✓ 4 quartos individuais
- ✓ 1 gabinete da Enfermeira Chefe
- ✓ 3 gabinetes médicos
- ✓ 1 gabinete da técnica de serviço social
- ✓ 1 sala de reuniões
- ✓ 1 sala de trabalho de enfermagem
- ✓ 1 sala polivalente
- ✓ 1 refeitório com copa para os utentes
- ✓ 1 sala de fumo
- ✓ 1 sala de estar/TV
- ✓ 1 sala de visitas
- ✓ 10 wc's, 2 dos quais para funcionários
- ✓ 1 vestiário
- ✓ 1 secretariado da unidade

- ✓ 1 arrecadação de sujos
- ✓ 1 arrecadação

c. Lotação

A Unidade de Internamento de Matosinhos comporta 22 camas: 10 para o sexo masculino, 8 para o sexo feminino, e 4 quartos individuais indiferenciados.

2. Recursos Humanos

Equipa multidisciplinar:

- ✓ 1 Director de Serviço
- ✓ 1 Chefe de Serviço
- ✓ 4 Assistentes Graduados de Psiquiatria
- ✓ 2 Internos Complementares
- ✓ 1 Enfermeira Chefe
- ✓ 4 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- ✓ 1 Enfermeiros Especializado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria
- ✓ 1 Enfermeira Graduada
- ✓ 5 Enfermeiros
- ✓ 1 Psicóloga
- ✓ 2 Técnicas de Serviço Social
- ✓ 8 Assistentes Operacionais
- ✓ 1 Secretária da Unidade

De apoio à Unidade:

- ✓ 1 Medicina Interna
- ✓ 1 Neurologia

3. Dinâmica de Trabalho em Equipa

Efectua-se uma reunião todas as segundas-feiras às 09h30 com todos os utentes e todos os técnicos de serviço para discutir assuntos relacionados com a Unidade de Internamento Matosinhos.

Realiza-se igualmente uma reunião alargada às sextas-feiras às 09h30, para discussão de casos clínicos, com presença de todos os técnicos da Unidade; pretende dar resposta a solicitações exteriores e fomentar discussão de assuntos de interesse para o funcionamento da Unidade.

Uma das actividades instituída sistematicamente é o *Espaço do doente*. Realiza-se em 2 sessões, uma primeira parte à 3ª feira em que os doentes elaboram um texto ou um desenho acerca dos seus sentimentos ou emoções e uma segunda parte à 4ª feira em que discutem em grupo os trabalhos elaborados no dia anterior. Esta segunda sessão conta com a participação da Psicóloga Maria do Céu Diegas. Os utentes que participam nesta actividade têm levantado um diagnóstico relacionado com o foco Humor.

Além destas actividades, existe ainda a **Equipa de Intervenção Comunitária de Matosinhos**, que pretende prestar acompanhamento no pós-alta a doentes com diagnóstico de regime terapêutico ineficaz ou não adesão ao regime terapêutico, e também promover a reabilitação nas vertentes psico-sociais, e na reinserção na comunidade.

4. Pároco

No Hospital Magalhães Lemos, EPE há uma celebração Eucarística semanal, aos Sábados, às 17h30.

5. Horários de visitas

São permitidas visitas aos utentes nos seguintes períodos:

2ª a 6ª feira – 15h00 às 17h00 e 19h00 às 20h00

Sáb., Dom. e Feriados – 10h30 às 11h30 e 15h00 às 18h00

7. Horários das refeições

O horário das refeições dos utentes está estipulado, e afixado na Unidade, sendo o seguinte:

Pequeno almoço – 09h00

Meio da manhã – 11h00

Almoço – 12h30 / 13h00

Lanche – 16h00

Jantar – 18h30 / 19h00

Ceia - 21h00

8. Linguagens classificadas utilizadas

Na Unidade de Internamento de Matosinhos são utilizadas as seguintes linguagens classificadas:

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE – Versão Beta 2 – utilizado em todo o processo de enfermagem e respectivos registos em sistema informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem).

Classificação Internacional de Doenças – CID – 9 – utilizado pela equipa médica, e constante nos processos clínicos sob a forma de código (290 a 319).

9. Método de Trabalho instituído

Na Unidade de Internamento de Matosinhos é utilizado o método de trabalho por Enfermeiro de Referência.

10. Escalas utilizadas na Unidade de Internamento Matosinhos

- ✓ Escala de Ansiedade de Hamilton
- ✓ Escala de Depressão de Hamilton
- ✓ Escala de Autoestima de Rosenberg
- ✓ Escala de solidão
- ✓ Indicadores NOC:
 - Autocontrolo: ansiedade
 - Autocontrolo: comportamento obcessivo
 - Autocontrolo: impulso
 - Autocontrolo: suicídio
 - Imagem corporal

Estas escalas deverão, segundo o Manual de Boas Práticas de Enfermagem, ser aplicados 48h após admissão e de 5 em 5 dias durante o internamento.

Do Manual de Boas Práticas de Enfermagem consta ainda informação referente à Prestação de Cuidados, como as Intervenções terapêuticas / Psicoterapêuticas utilizadas (Relação de Ajuda, Promoção da auto-estima, Auto-estima de cuidadores, Role-playing, Treino de memória, Terapia de orientação para a realidade, Terapia pela arte, Filme, Ginástica, Karaoke, Culinária, Jogo de mímica, Sessão de beleza, Caixa temática, Biblioterapia, Jogo do balão, Ser ou não ser objecto, Teia de aranha, Musicoterapia, Relaxamento), a Promoção da saúde (Sessões de Educação para a Saúde, Folhetos informativos, Grupos de Ajuda Mútua / Psicoeducativos), o Desenvolvimento Profissional (Melhoria da qualidade (procedimento), Admissão e avaliação inicial, Alta, Transferências internas e externas, Registos, Espólio, Regulamento de visitas, Nutrição e dietas, Pedido de transporte, Farmácia e medicação, Medidas de isolamento e restrição, Situações de risco (suicídio / comportamento violento), Situações de emergência (ressuscitação / reanimação), Fuga ou abandono, Triagem e acondicionamento de resíduos, Reporte de Acontecimentos Adversos, Direitos dos doentes, Formação contínua, Reuniões de serviço).

São ainda emanadas orientações sobre a colheita de dados da Avaliação inicial.

Nas primeiras 24h após admissão do doente no serviço deve ser efectuada avaliação inicial do utente, em espaço próprio no sistema informático, que incide sobre determinados parâmetros:

- ✓ Antecedentes pessoais
- ✓ Antecedentes familiares
- ✓ História da doença actual

- ✓ Alimentação
- ✓ Circulação
- ✓ Tegumentos
- ✓ Mobilidade
- ✓ Sono e repouso
- ✓ Neuro-sensorial
- ✓ Cognição
- ✓ Emoções
- ✓ Autocuidado higiene
- ✓ Auto-agressão
- ✓ Auto-controlo
- ✓ Comunicação
- ✓ Razões para a acção
- ✓ Sexualidade e religião
- ✓ Estilos de vida
- ✓ Outras observações

Devem ainda ser transcritos para SAPE as prescrições médicas: atitudes terapêuticas, standards cirúrgicos, colheita de espécímenes, preparação para exames, dietas.

ANEXO IV

**CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO INTEGRADO DE APOIO À
COMUNIDADE (PIAC) DA DELEGAÇÃO NORTE DO INSTITUTO DA
DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, I.P.**

CARACTERIZAÇÃO DO PROJECTO INTEGRADO DE APOIO À COMUNIDADE (PIAC) DA DELEGAÇÃO NORTE DO INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, I.P.

1. Localização

O Projecto Integrado de Apoio à Comunidade (PIAC) localiza-se na Rua Alfredo Cunha, n.º 367 4450-024 Matosinhos.

Tem como serviços adjacentes o Projecto Integrado de Apoio à Maternidade (PIAM) do IDT, I.P., e a Unidade de Alcoologia (UA).

São outros contactos disponíveis:

Tel. 22 0045090

Fax. 22 0045099

E-mail: drn.piac@idt.min-saude.pt

2. Descrição do serviço

O PIAC é um serviço criado pela Delegação Regional Norte do IDT, I.P. com o objectivo de prestar apoio à comunidade. Consiste assim numa mais-valia para os CRI no âmbito da Prevenção, da Reinserção, da Redução de riscos e do Tratamento.

Oferece um espaço de escuta destinado a crianças em idade escolar, jovens e adultos em dificuldade que necessitem de apoio personalizado e especializado através de consultas às crianças e adolescentes, a famílias ou outros grupos; através de consultas de Psiquiatria, Pedopsiquiatria, avaliação psicológica, avaliação de competências parentais, e Psicologia Forense. Promove ainda terapia por Psicodrama, Mediação Familiar e Educação para a Saúde.

O PIAC tem ainda como objectivos o atendimento informativo, sensibilização e formação de adultos, jovens e jovens adultos, oferecendo ao cidadão, instituições públicas ou privadas um serviço que presta informação sobre como lidar com comportamentos de risco (pré-delinquências, comportamentos desviantes, dependências e novas dependências); que dá formação neste âmbito.

Além da informação, o PIAC presta também serviço de Consultadoria / Supervisão às instituições públicas e privadas, não só a técnicos individualmente mas também a equipas técnicas que lidem com crianças, adolescentes, jovens em risco e com famílias de risco.

Finalmente, o PIAC promove e colabora em projectos de investigação com Universidades, escolas e outros (essencialmente com organismos públicos), tendo um plano de formação contínua da equipa técnica com supervisão e consultadoria pelas Universidades.

O PIAC fundamenta ainda a sua ideologia e actividade em vários modelos conceptuais da actual intervenção comunitária, nomeadamente os modelos dialógico, ecológico, sistémico, de aprendizagem e de capacitação, orientando-se para a intervenção psicossociológica comunitária, como forma de trabalhar a minimização do risco para as crianças e jovens, e ainda os danos para a Comunidade e sociedade em geral, decorrentes de condutas delinquentes associadas aos consumos (PIAC, Catálogo Assistencial).

Segundo HERNÁEZ (2009), o modelo dialógico é um modelo que se baseia nos princípios da multidimensionalidade, bidirecionalidade, e ainda que se baseia em relações simétricas e de reciprocidade, ao invés de implicar um enfoque hierárquico ou impositivo, dando especial ênfase à riqueza de conhecimentos, práticas e rituais duma comunidade, e reforçando o papel da sensibilidade para estas nuances culturais para a optimização de estratégias de educação para a saúde.

A abordagem ecológica do desenvolvimento humano enfatiza também as relações grupais, mais concretamente, compreende o desenvolvimento *como uma relação dinâmica de interações entre o indivíduo e o seu meio ambiente, os quais estão sendo influenciados, mutuamente, pelos diversos contextos em que estão inseridos. Sendo assim, os processos intrafamiliares estão sob influência de outros ambientes externos ao seu núcleo* (Bronfenbrenner, 1979/1996; 1986, citado por ANTONI, 2000: 8). FIGUEIREDO (2009) acrescenta que *a teoria Ecológica do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner, acrescenta a variável contexto para a compreensão do desenvolvimento humano, apoiado em quatro níveis dinâmicos e interrelacionados: a pessoa, o processo, o contexto e o tempo* (Bronfenbrenner, 1996).

Na abordagem sistémica, a família é ainda vista como *um sistema de relações e interações intrínsecas à vida da família, colocando o foco na complexidade do contexto, na auto-organização como característica inerente aos sistemas e nos seus processos de co-construção evolutivos* (FIGUEIREDO, 2009: 81).

São, assim, objectivos do PIAC¹:

“- Atender e apoiar as crianças, os jovens e famílias ou outros envolventes significativos que necessitem de apoio psicológico no sentido minimizarem os factores de risco de consumos de substâncias lícitas ou ilícitas ou de outras dependências e de adquirirem competências pessoais e sociais considerados como factores protectores, no âmbito de um espaço de consulta (individual, familiar ou de grupo, sendo coadjuvadas, quando necessário, com consultas de pedopsiquiatria ou de psiquiatria.

¹ Catálogo Assistencial do PIAC (Projecto integrado de apoio à comunidade) - Plano do PIAC-DRN

- Aumentar as acções de prevenção indicada ou selectiva dirigidas a crianças e jovens que apresentem factores de vulnerabilidade ou de risco de comportamentos desviantes, através de assistência adequada com consultas de apoio psicológico quer a nível de consulta individual, quer familiar ou de grupo.
- Reforçar os factores de protecção ao nível da comunidade escolar ou outro e do sistema familiar orientados para a inclusão social.
- Colaborar e partilhar com todas as instituições públicas ou privadas cuja área de missão se destine a apoiar esta população-alvo respondendo, tanto quanto possível de uma forma célere e adequada aos casos para os quais nos é solicitado o respectivo apoio.
- Promover o diálogo e a articulação permanente entre os organismos públicos e privados no sentido de se promover a sua implicação, processo facilitador que permite o desenvolvimento de estratégias e acções cujas intervenções se adequem e se ajustem à medida das suas realidades e problemáticas relacionadas com esta população-alvo.
 - Promover um atendimento informativo e de sensibilização destinada, aos jovens quer às famílias ou agentes sociais, que assim o julguem necessário no âmbito dos comportamentos de risco;
 - Promover acções de formação, de supervisão e de consultadoria às equipas técnicas das instituições colaborantes, protocoladas, parceiras ou não;
 - Promover estudos e investigação no âmbito das intervenções propostas pelo PIAC com a colaboração das Universidades colaborantes;
 - Participar em projectos de natureza pública ou privada cuja intervenção se relacione com o objectivo geral do PIAC;
 - Promover a realização de estágios curriculares ou pós – graduados no sentido de manter o diálogo científico permanente entre os profissionais e as universidades;
 - Colaborar em estreita relação com os Tribunais de Família e Menores e as estruturas que com eles colaborem, nomeadamente as EMAT e CPCJ, atendendo ao facto de que cada vez mais se verifica existirem crianças e jovens que se encontram sob a sua tutela quer se trate de crianças em risco por inerência de contextos familiares disfuncionais ou ou se trate de crianças ou jovens sinalizados devido a comportamentos desviantes ou delinquentes relacionados com consumos de substâncias ilícitas;
 - Responder a todas as estruturas públicas ou privadas que sinalizem crianças ou jovens para acompanhamento no âmbito do objectivo geral do PIAC.”

A intervenção do PIAC desenvolve-se ainda no respeito pelos valores do IDT, IP, como sendo os valores de Integração de Respostas, Humanismo, Pragmatismo, Territorialidade, Centralidade no Cidadão, Qualidade das Intervenções e Qualificação dos Profissionais.

3. Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar do PIAC é composta por:

- ✓ Um médico psiquiatra
- ✓ Um pedopsiquiatra a tempo parcial (vaga a ser preenchida)
- ✓ Três técnicos psicossociais
- ✓ Seis psicólogos
- ✓ Três técnicos com formação em terapia familiar
- ✓ Dois enfermeiros (um a tempo total e um a tempo parcial)
- ✓ Um assistente social (a tempo parcial)

4. Dinâmica de Trabalho em Equipa

Efectua-se uma reunião todas as quintas-feiras das 09h30 às 13h com todos os profissionais do serviço para discutir assuntos relacionados com PIAC e ainda para discussão de casos clínicos e distribuição dos novos processos cujos utentes foram acolhidos em entrevista inicial na referida semana (gestão de caso por técnico de referência).

5. Área de influência:

A área de influência do PIAC abrange 26 concelhos da área metropolitana do Porto, entre os quais:

Porto

- ✓ CRI Ocidental - Aldoar, Nevogilde, Foz do Douro, Lordelo do Ouro, Massarelos
- ✓ CRI Central - Ramalde, Paranhos, Cedofeita, Miragaia, Vitória, São Nicolau, Sé
- ✓ CRI Oriental - Santo Ildefonso, Bonfim, Campanhã

Santo Tirso, Trofa, Espinho, Gondomar, Maia, Matosinhos, Porto, Póvoa de Varzim, Valongo, Vila do Conde, Vila Nova de Gaia, Castelo de Paiva, Amarante, Baião, Felgueiras, Lousada, Marco de Canaveses, Paços de Ferreira, Paredes, Penafiel, Cinfães, Arouca, Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis, São João da Madeira, Vale de Cambra.

6. Registos

Os registos dos dados do utente, assim como outra informação pertinente é realizada no sistema informático SIM do IDT, IP. O registo das intervenções terapêuticas é realizado no processo clínico de cada utente.

7. Parcerias

São entidades parceiras do PIAC:

- Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da UP
- Departamento de Comportamento Desviante (com protocolo)
- Universidade do Minho - Departamento de Psicologia da Justiça (com protocolo)
- Universidade Católica - Direito de Família e Menores (com acordo de cooperação)

O PIAC conta ainda com a colaboração de:

- Directores dos CRI
- Coordenadores de Prevenção, Redução de Riscos e Reinserção:
- Comunidade Terapêutica Ponte da Pedra
- Comissão de Dissuasão (CDT)
- Unidade de Tratamento de Alcoologia

8. Referências:

ANTONI, C. – *Vulnerabilidade e Resiliência familiar na visão de adolescentes maltratadas*.

Dissertação apresentada como exigência parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Psicologia. Fevereiro de 2000.

FIGUEIREDO, M.H. – *Enfermagem de Família: Um Contexto do Cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. 2009

HERNÁEZ, A.M. – *Dialógica, Etnografia, e Educação em Saúde*. Catalunha: Revista de Saúde Pública, 2009.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, IP – em linha. Consult. 17 de Dezembro de 2010. Disponível na URL: <http://www.idt.pt>

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, IP – PIAC apresenta relatório de actividades. In Dependências. Mensal. Fevereiro de 2010. P. 8-11.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, IP – PIAC: Intervir para Mudar. In Dependências. Mensal. Setembro de 2008. P. 7-11.

INSTITUTO DA DROGA E DA TOXICODEPENDÊNCIA, IP - Plano de Actividades 2010. IDT, PI: 2010.

PROJECTO INTEGRADO DE APOIO À COMUNIDADE - Catálogo Assistencial.

ANEXO V

**INSTRUMENTO: ESCALA PARA AVALIAÇÃO PRELIMINAR DE SINAIS DE
BURNOUT NA EQUIPA DE VOLUNTÁRIOS DOS MDM**

**QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DE *BURNOUT* NA
EQUIPA DE VOLUNTÁRIOS DOS MdM**

O termo ***burnout*** refere-se a um processo que se desenvolve ao longo do tempo, em consequência do trabalho e de como o vivenciamos. É caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e perda de realização pessoal, podendo evoluir para um problema psicológico que compromete o desempenho eficiente de funções.

Grande parte da investigação identifica o *burnout* nos profissionais de ajuda (por exemplo, médicos, enfermeiros, psicólogos, professores), no entanto, tem-se verificado um alargamento a outros domínios não profissionais, como é o caso do voluntariado.

O presente questionário pretende identificar sinais de alerta para a presença de *burnout* na equipa de voluntários dos Médicos do Mundo.

O seu preenchimento é **voluntário, anónimo e confidencial**, não ocupando mais do que 10 minutos do seu tempo.

A sua colaboração é importante pois, ao preenchê-lo, ajuda a identificar necessidades especiais de formação na equipa.

Obrigada pela colaboração!

Porto, Abril de 2010

QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DE BURNOUT NA EQUIPA DE VOLUNTÁRIOS DOS MdM

Com base no Maslach Burnout Inventory – MBI

Assinale com um “X” , após cada afirmação, na coluna correspondente, segundo a seguinte escala:

1- Nunca | 2- Anualmente | 3- Mensalmente | 4- Semanalmente | 5- Diariamente

Nº	Características psicofísicas em relação ao trabalho	1	2	3	4	5
1	Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação à minha participação como voluntário(a).					
2	Sinto-me excessivamente exausto(a) no final das saídas de terreno.					
3	Levanto-me cansado(a) e sem disposição para realizar as actividades de voluntariado.					
4	Envolve-me com facilidade nos problemas dos outros.					
5	Trato algumas pessoas como se fossem da minha família.					
6	Tenho que realizar um grande esforço para realizar as minhas tarefas como voluntário(a).					
7	Acredito que poderia fazer mais pelas pessoas que acompanho.					
8	Sinto que o meu reconhecimento é desproporcional em relação às funções que exerço.					
9	Sinto que sou uma referência para as pessoas com quem lido diariamente.					
10	Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado(a).					
11	Não me sinto realizado(a) com o meu trabalho de voluntário(a).					
12	Já não sinto tanto amor pelo voluntariado como antes.					
13	Já não acredito naquilo que realizo como voluntário(a).					
14	Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significativo.					
15	Sinto que estou no voluntariado apenas por causa do reconhecimento social.					
16	Tenho-me sentido mais stressado(a) com os utentes.					
17	Sinto-me responsável pelos problemas dos utentes.					
18	Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas.					
19	Penso que independentemente do que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho enquanto voluntário(a).					
20	Sinto que já não acredito no voluntariado.					

A preencher pela equipa técnica MdM

--	--	--	--

Resultados:

De 0 a 20 pontos: Nenhum indício de *burnout*.

De 21 a 40 pontos: Possibilidade de desenvolver *burnout*. (Procurar trabalhar as recomendações de prevenção do Síndrome).

De 41 a 60 pontos: Fase inicial da *burnout*. (Trabalhar os sintomas e garantir, assim, a qualidade no desempenho profissional e a qualidade de vida).

De 61 a 80 pontos: A *burnout* começa a instalar-se. (Prevenir o agravamento dos sintomas).

De 81 a 100 pontos: *Burnout* instalado. (Quadro reversível, procurar tratamento).

ANEXO VI

**APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO PRELIMINAR DE
BURNOUT NA EQUIPA DE VOLUNTÁRIOS DOS MDM**

APLICAÇÃO DE QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS DE *BURNOUT* NA EQUIPA DE VOLUNTÁRIOS DOS MÉDICOS DO MUNDO PORTUGAL/PORTO

Rita Durães¹; Susana Martinho²

SUMÁRIO

O termo burnout refere-se a um processo que se desenvolve ao longo do tempo, em consequência do trabalho e de como o vivenciamos. É caracterizado por exaustão emocional, despersonalização e perda de realização pessoal, podendo evoluir para um problema psicológico que compromete o desempenho eficiente de funções. Grande parte da investigação identifica o burnout nos profissionais de ajuda (por exemplo, médicos, enfermeiros, psicólogos, professores), no entanto, tem-se verificado um alargamento a outros domínios não profissionais, como é o caso do voluntariado.

A Organização Não Governamental Médicos do Mundo Portugal (MdM-P), na sua Representação do Porto, coordena diversos projectos no terreno, onde operam equipas técnicas e de voluntários, que, prestando cuidados de saúde e psico-sociais a indivíduos em situação de vulnerabilidade, contactam diariamente com situações de exclusão social, pobreza, doença e estigma, seguindo a filosofia "Lutamos contra todas as doenças, até mesmo a injustiça".

Por esta razão, a equipa de voluntários dos MdM-P poderá, em hipótese, estar exposta ao risco de burnout. A aplicação do Questionário para identificação preliminar de burnout na equipa de voluntários permitiu testar esta hipótese, permitindo concluir que, genericamente, a equipa se encontra em risco de desenvolvimento de sintomas de burnout, pelo que deverão ser trabalhadas, junto da equipa, estratégias de prevenção do síndrome.

Palavras-chave: Burnout, voluntariado.

ABSTRACT

APPLICATION OF THE “*BURNOUT* SIGNALS IDENTIFICATION QUESTIONNAIRE” IN MÉDICOS DO MUNDO - PORTUGAL/PORTO VOLUNTEERING TEAM

The term burnout mentions a process that develops through the time, in consequence of work stream and the way we manage it. It is characterized by emotional exhaustion, depersonalization and loss of personal accomplishment, that may lead to a psychological problem that compromises the efficient performance of functions. Great part of the inquiry identifies burnout in the aid professionals (for example, doctors, nurses, psychologists, professors), however, it has been verified a widening to other non professional domains, as the volunteering.

The Non Governmental Organization Médicos do Mundo - Portugal (MdM-P), in its Oporto Representation, coordinates many projects in the field, where professional and volunteer teams operate,

¹ Enfermeira em funções no ACES Grande Porto VII - Porto Oriental - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Covelo; Mestranda em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade Católica Portuguesa;

² Enfermeira em funções na Unidade Local de Saúde de Matosinhos – Hospital Pedro Hispano; Mestranda em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade Católica Portuguesa;

caring of the health and psicossocial status on individuals in a vulnerability situation, contacting with situations of social exclusion, poverty, illness and stigma, in a daily basis, and following the philosophy "We fight against all illnesses, even the injustice".

For this reason, volunteers of the MdM-P can, in hypothesis, be exposed to the risk of burnout. The application of the Questionnaire for preliminary identification of burnout in volunteers allowed to test this hypothesis, allowing to achieve the conclusion that, generically, there is a risk of development of symptoms of burnout, reminding the need to develop prevention strategies of the syndrome.

Key words: Burnout, volunteering.

INTRODUÇÃO

A actividade de voluntariado em Portugal está regulada desde 1998, momento em que foi publicada em Diário da República a Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro, que estabelece as bases do enquadramento jurídico desta actividade. No n.º 1 do artigo 2º do Capítulo I da referida Lei, o voluntariado é definido como *“o conjunto de acções de interesse social e comunitário realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas, e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas.”* Relativamente ao voluntário, este é legalmente definido no n.º 1 do art. 3º do mesmo capítulo como o indivíduo que *“de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar acções de voluntariado no âmbito de uma organização promotora.”* Exceptuam-se assim, segundo o enquadramento legal, as situações de que, *“embora desinteressadas, tenham um carácter isolado e esporádico ou sejam determinadas por razões familiares, de amizade e de boa vizinhança”* (Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro, Cap. I, art. 2º, n.º 2). A regulamentação desta Lei é assegurada pelo Decreto-Lei n.º 389/99, de 30 de Setembro, que acrescenta que *“o voluntariado é uma actividade inerente ao exercício da cidadania que se traduz numa relação solidária para com o próximo, participando, de forma livre e organizada, na solução dos problemas que afectam a sociedade em geral”*.

Médicos do Mundo Portugal, enquanto Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD), sendo constituída *“essencialmente por voluntários”* (MÉDICOS DO MUNDO, s.d: 11) nutre um especial respeito pela observância dos direitos e deveres dos voluntários, preconizados na referida legislação. No seu Guia do Voluntário constam expressos os direitos do voluntário, dos quais se destacam os seguintes: *“Ser bem acolhido, apoiado e informado sobre a organização Médicos do Mundo.”*; *“Ser acompanhado ao longo da sua actividade por profissionais e técnicos de MdM-P”*; *“Que a actividade não resulte gravosa para o voluntário”* (Ibidem: 26). Como deveres, constam do referido Guia, entre outros, o seguinte: *“Preparar-se para a Acção, avaliá-la e reorientá-la se necessário”* (Ibidem: 27). É

assim realçada a importância do acompanhamento técnico do voluntário por parte da equipa operacional, com uma responsabilidade partilhada entre este e a instituição que o acolhe, de modo a assegurar a sua máxima informação, formação e segurança na execução das actividades que assume enquanto voluntário.

Por esta razão, os Médicos do Mundo Portugal comprometem-se na “*realização de acções de formação sobre temas técnicos e operativos ligados ao trabalho humanitário*”, oferecendo “*a possibilidade de participar activamente no processo de reflexão conjunta sobre temáticas ligadas à intervenção de MdM-P*” (Ibidem: 36). Da parte do voluntário, a equipa operacional desta ONGD espera que “*participe sempre que possível nas actividades de formação organizadas por MdM-P*” (Ibidem: 37).

O voluntariado é normalmente associado a fonte de realização pessoal e oportunidade para desempenho de actividades socialmente valorizadas. No entanto, esta perspectiva poderá ser reducionista, uma vez que também poderá acarretar elevados custos no plano individual, institucional e social, pois não são relevados os encargos e dificuldades enfrentadas. Do contacto com situações de exclusão social, doença, discriminação, pobreza, e outros contextos de vulnerabilidade, poderão resultar perturbações psicológicas e da funcionalidade sendo importante lembrar que, quando um indivíduo encontra dificuldades que superam os recursos pessoais ou sociais de adaptação, com frequência passa a manifestar sinais de stress e esgotamento (Lipp, 2004 citado por MONIZ; ARAÚJO, 2006: 236).

A síndrome de *Burnout* (do inglês *to burn out*, queimar por completo), por vezes considerada como síndrome do esgotamento profissional, foi assim denominada pelo psicanalista novaiorquino Freudenberg, após identificar sintomas em si mesmo, no início dos anos 70. Refere-se a um tipo de stress ocupacional e institucional intimamente relacionado com profissionais que mantêm uma relação constante e directa com outras pessoas, principalmente quando esta actividade é considerada uma actividade de ajuda (médicos, enfermeiros, voluntários, entre outros). É ainda definida como uma reacção à tensão emocional crónica gerada a partir do contacto directo, excessivo e stressante com o trabalho, levando a que a pessoa perca a maior parte do interesse na sua relação com o trabalho, de modo a que as coisas percam a sua importância relativa e qualquer esforço pessoal pareça inútil (PLANA; FABREGAT; GASSIÓ, 2003: 46).

Os seus principais sintomas são, assim, a exaustão emocional, a despersonalização, e a perda de motivação e de comprometimento (MELO; GOMES; CRUZ, 1999: 596).

As estratégias de prevenção de burnout nos cuidadores podem ser divididas entre aquelas que dizem respeito à instituição, e aquelas que respeitam ao próprio indivíduo. A UNAIDS, em 2008, propõe aquelas que são medidas gerais de prevenção do *Burnout* do cuidador (UNAIDS, 2008: 4-5), incidindo as mesmas em estratégias a implementar pelas instituições, considerando:

- ✓ *Recrutamento cuidadoso de voluntários e criação de boas condições de trabalho;*
- ✓ *Fomentar as relações interpessoais e criar espaços de partilha;*
- ✓ *Estabelecer objectivos alcançáveis;*
- ✓ *Assegurar um ambiente de trabalho seguro;*
- ✓ *Assegurar a transparência com o pessoal, relativamente aos fundos disponíveis;*
- ✓ *Não prometer aos utentes mais do que pode ser realizado;*
- ✓ *Dar resposta às necessidades identificadas na sociedade;*
- ✓ *Dar espaço a ser mais do que um simples prestador de serviços;*

Por outro lado, a American Psychological Association (APA), em Dezembro de 2008, propõe, conjuntamente com a APA Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance (ACCA), algumas estratégias de coping e auto-cuidado que o indivíduo poderá utilizar no sentido de proteger a sua saúde mental em meio laboral. Entre elas, constam as seguintes (APA; ACCA, 2009: 16-17):

- ✓ *Tornar o auto-cuidado pessoal e profissional uma prioridade;*
- ✓ *Monitorizar com honestidade o próprio estado físico e mental;*
- ✓ *Encontrar tempo para actividades que sejam mentalmente restauradoras;*
- ✓ *Evitar o isolamento;*
- ✓ *Estabelecer e manter relações profissionais que ofereçam a oportunidade de discutir a natureza específica e os stressores do trabalho que realize;*
- ✓ *Considerar com seriedade os riscos ocupacionais;*
- ✓ *Desenvolver expectativas realistas e razoáveis relativamente ao trabalho e às suas capacidades;*
- ✓ *Prestar atenção à necessidade de equilíbrio entre trabalho, descanso e lazer;*
- ✓ *Perseguir oportunidades para estimulação intelectual, incluindo fora da profissão;*
- ✓ *Dar passos no sentido de potenciar a satisfação profissional;*

- ✓ *Adoptar uma visão de longo alcance, reconhecendo que terá possivelmente diferentes necessidades em diferentes etapas da carreira.*

O Síndrome de Burnout tem sido objecto de estudo em diversos grupos profissionais, sendo que um dos instrumentos mais utilizados para a sua monitorização diz respeito ao Maslach Burnout Inventory, ou simplesmente MBI, desenvolvido por Christina Maslach, com a colaboração de Susan E. Jackson e Michael P. Leiter, desde 1981. Este instrumento já foi revisto algumas vezes, e adaptado a diferentes contextos, assim como traduzido em diferentes línguas. A sua validação para a população portuguesa teve lugar em 1996 por Cruz e Melo (MELO; GOMES; CRUZ, 1999: 598).

Demora cerca de 10 a 15 minutos no seu preenchimento, sendo de auto-aplicação, e respeitando os princípios da privacidade, confidencialidade, e carência de sensibilização prévia sobre o *burnout* (MASLACH; JACSON; LEITER, cit. Por ZALAUQUETT; WOOD, 1997: 195).

As afirmações utilizadas neste questionário referem-se a três categorias de sintomatologia, nomeadamente, exaustão emocional (1, 2, 3, 6, 7, 10, 14 e 16), realização pessoal (8, 11, 12, 13, 15, 19 e 20) e despersonalização (4, 5, 9, 17 e 18). Na exaustão emocional englobam-se questões relacionadas com problemas emocionais e dificuldades de confronto nas relações interpessoais; na realização pessoal é contemplado o grau de capacidade e realização profissional; por último, na despersonalização, inserem-se as dificuldades dos voluntários na relação com os utilizadores dos projectos MdM-P.

O presente estudo pretende validar a hipótese de que, por estarem em permanente contacto com situações de exclusão social, discriminação, pobreza, fome, iliteracia e doença, a equipa de voluntários dos MdM-P estejam expostos ao risco de desenvolver síndrome de *burnout*. Pretende ainda identificar a presença de sinais e sintomas deste síndrome na equipa de voluntários.

METODOLOGIA

Participantes

Amostra aleatória de indivíduos que integram a equipa de voluntários dos Médicos do Mundo Portugal/Porto, constituída por 10 participantes. O tamanho da amostra foi condicionado pelo quórum na Reunião Geral de Voluntários de 30 de Abril de 2010. O questionário foi aplicado a todos os voluntários presentes na referida reunião.

Instrumentos

Aplicação de Questionário para Identificação Preliminar de *Burnout* (doravante denominada QIPB) na Equipa de Voluntários dos Médicos do Mundo. Este instrumento foi obtido a partir duma adaptação das afirmações do Maslach Burnout Inventory (MBI), datada de 1981, e utilizando uma escala de Lickert ímpar.

Tal como o MBI, o QIPB é de auto-preenchimento, e a sua aplicação teve a duração de cerca de 10 minutos (MASLACH; JACSON; LEITER, cit. Por ZALAQUETT;WOOD, 1997: 195).

Ainda à semelhança da MBI (MASLACH; JACSON; LEITER, cit. Por ZALAQUETT;WOOD, 1997: 195), a aplicação QIPB obedeceu a algumas premissas e pré-requisitos: voluntariedade no seu preenchimento por cada voluntário, observância dos princípios da privacidade (desconhecimento do que os outros voluntários estão a responder) e confidencialidade (preenchimento anónimo). Foi também evitada a sensibilização e ensino precoce relativamente ao fenómeno de *burnout*, de modo a não enviesar as respostas dos participantes, e permitir a expressão das suas crenças pessoais.

Tipo de estudo

Estudo descritivo, transversal, com metodologia quantitativa.

RESULTADOS

Tabela 1 – Score em cada questão, por voluntário

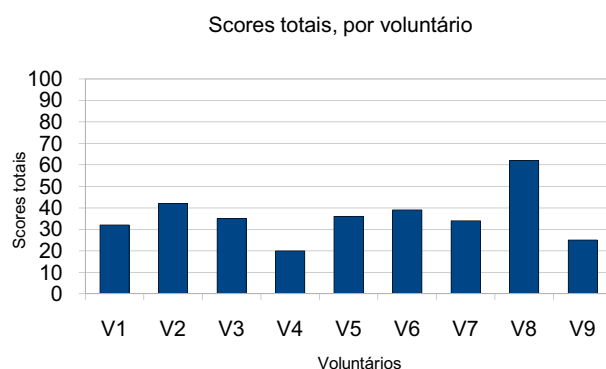
	Afirmações - freq. abs. (n)																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Voluntário1	1	1	1	5	4	1	3	1	4	2	1	1	1	1	1	3	3	2	1	1
Voluntário2	3	3	2	2	1	1	5	2	3	2	3	3	1	3	1	1	1	1	3	1
Voluntário3	2	1	1	4	3	1	3	2	3	2	1	1	1	2	1	2	1	1	2	1
Voluntário4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Voluntário5	1	4	1	4	4	1	5	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Voluntário6	2	2	1	4	3	2	3	1	3	2	1	1	1	2	1	2	4	4	2	1
Voluntário7	2	1	1	2	1	1	3	3	4	1	1	1	1	1	1	4	2	1	2	1
Voluntário8	4	1	3	3	1	4	3	4	3	3	4	5	5	5	1	5	2	1	1	4
Voluntário9	1	1	1	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1

Tabela 2 – Score total, por voluntário

Voluntário	Scores total
1	32
2	42
3	35
4	20
5	36
6	39
7	34
8	62
9	25
Média scores:	36

Tabela 3 – Moda das respostas, por afirmação

Afirmação	Moda
1	1
2	1
3	1
4	2; 4
5	1
6	1
7	3
8	1
9	3
10	1; 2
11	1
12	1
13	1
14	1
15	1
16	1; 2
17	1
18	1
19	1
20	1

Gráfico 1 – Scores totais, por voluntário**Tabela 4 – Voluntários em cada categoria de scores**

categoria	Freq. absol. (n)	Freq. relativa (%)
0-20	1	11
21-40	6	67
41-60	1	11
61-80	1	11
81-100	0	0

Tabela 5 – Número de respostas, por afirmação (freq. absoluta (n))

Score / / Afirmação	1 Nunca	2 Anualmente	3 Mensalmente	4 Semanalmente	5 Diariamente
1	4	3	1	1	0
2	6	1	1	1	0
3	7	1	1	0	0
4	1	3	1	3	1
5	5	0	2	2	0
6	7	1	0	1	0
7	1	1	5	0	2
8	5	2	1	1	0
9	1	0	5	3	0
10	4	4	1	0	0
11	7	0	1	1	0
12	7	0	1	0	1
13	8	0	0	0	1
14	5	2	1	0	1
15	9	0	0	0	0
16	3	3	1	1	1
17	5	2	1	1	0
18	7	1	0	1	0
19	5	3	1	0	0
20	8	0	0	1	0

Gráfico 2 – Afirmação 1

"Sinto-me esgotado(a) emocionalmente em relação à minha participação como voluntário(a)"

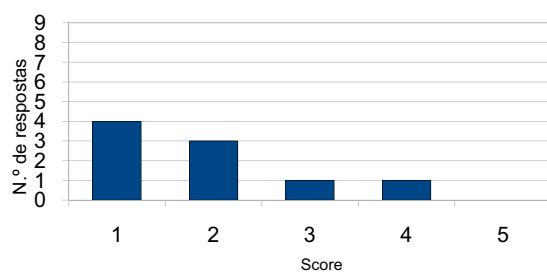


Gráfico 3 – Afirmação 2

"Sinto-me excessivamente exausto(a) no final das saídas de terreno"

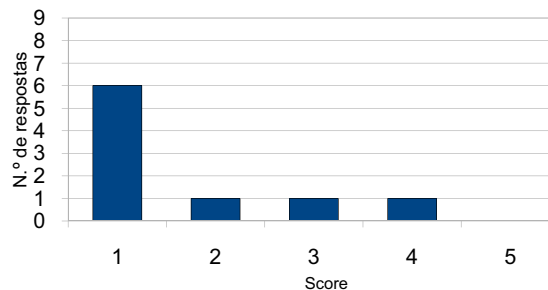


Gráfico 4 – Afirmação 3

"Levanto-me cansado(a) e sem disposição para realizar as actividades de voluntariado"

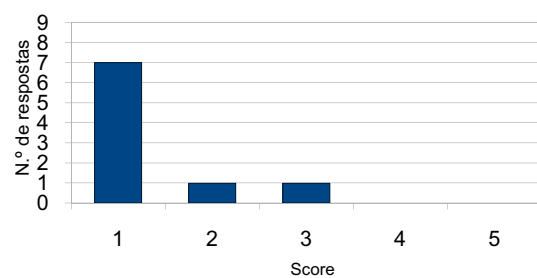


Gráfico 5 – Afirmação 4

"Envolver-me com facilidade nos problemas dos outros"

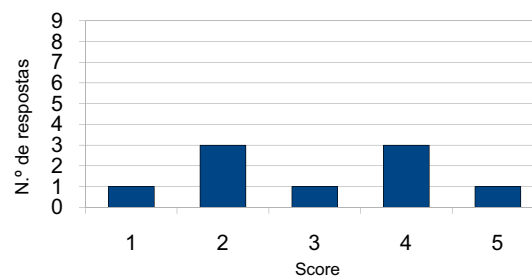


Gráfico 6 – Afirmação 5

"Trato algumas pessoas como se fossem da minha família"

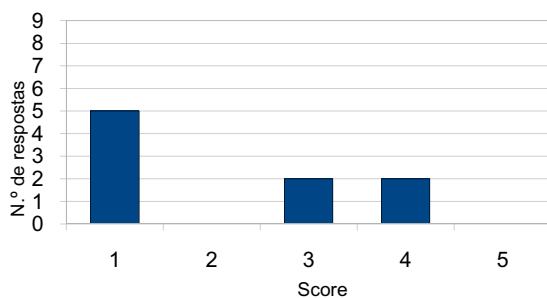


Gráfico 7 – Afirmação 6

"Tenho que realizar um grande esforço para realizar as minhas tarefas como voluntário(a)"

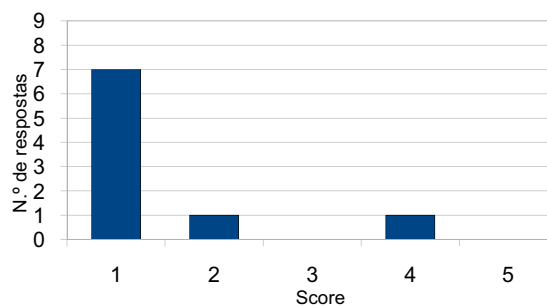


Gráfico 8 – Afirmação 7

"Acredito que poderia fazer mais pelas pessoas que acompanho"

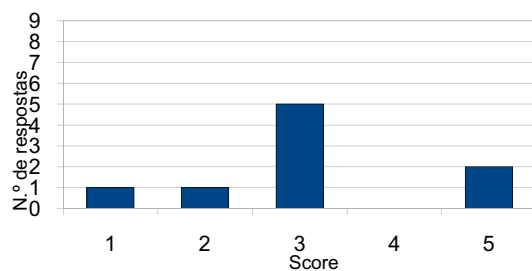


Gráfico 9 – Afirmação 8

"Sinto que o meu reconhecimento é desproporcional em relação às funções que exerço"

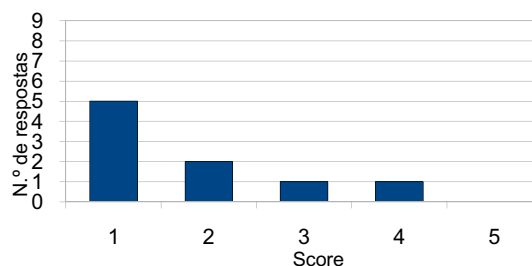


Gráfico 10 – Afirmação 9

"Sinto que sou uma referência para as pessoas com quem lido diariamente"

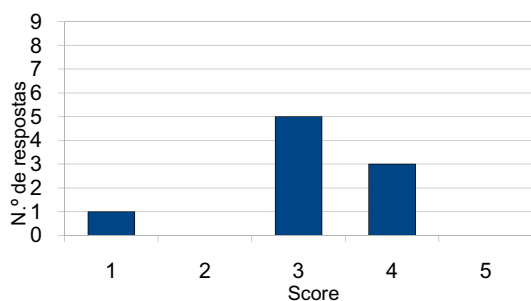


Gráfico 11 – Afirmação 10

"Sinto-me com pouca vitalidade, desanimado(a)"

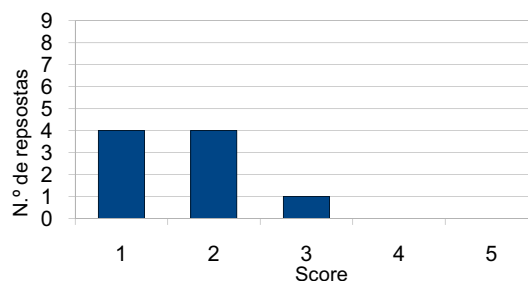


Gráfico 12 – Afirmação 11

"Não me sinto realizado(a) com o meu trabalho de voluntário(a)"

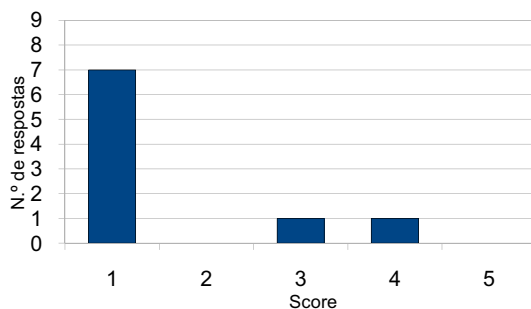


Gráfico 13 – Afirmação 12

"Já não sinto tanto amor pelo voluntariado como antes"

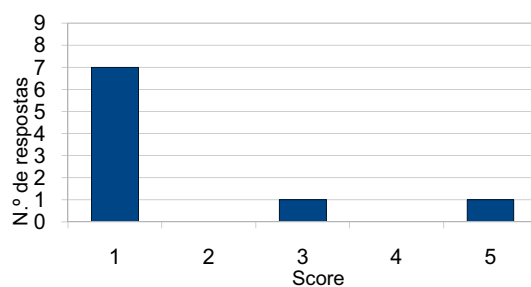


Gráfico 14 – Afirmação 13

"Já não acredito naquilo que realizo como voluntário(a)"

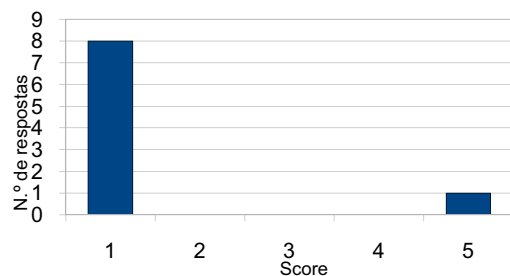


Gráfico 15 – Afirmação 14

"Sinto-me sem forças para conseguir algum resultado significativo"

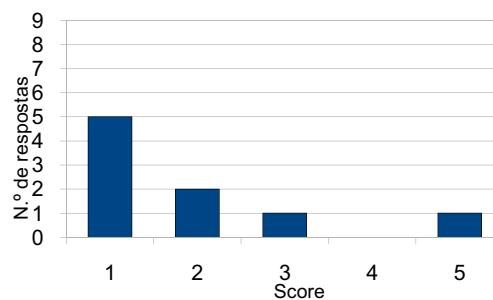


Gráfico 16 – Afirmação 15

"Sinto que estou no voluntariado apenas por causa do reconhecimento social"

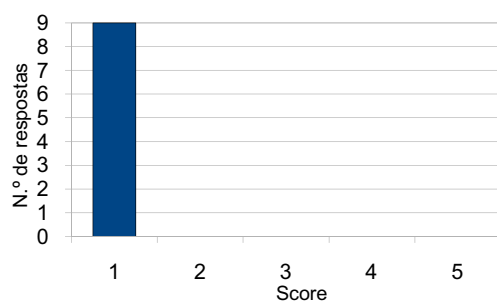


Gráfico 17 – Afirmação 16

"Tenho-me sentido mais stressado(a) com os utentes"

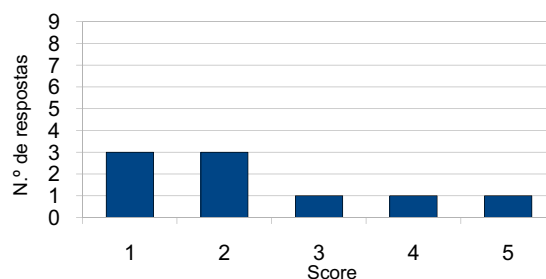


Gráfico 18 – Afirmação 17

"Sinto-me responsável pelos problemas dos utentes"

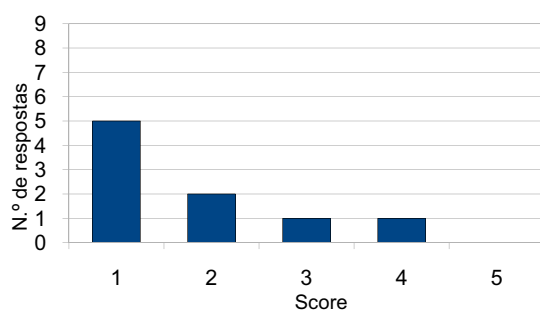


Gráfico 19 – Afirmação 18

"Sinto que as pessoas me culpam pelos seus problemas"

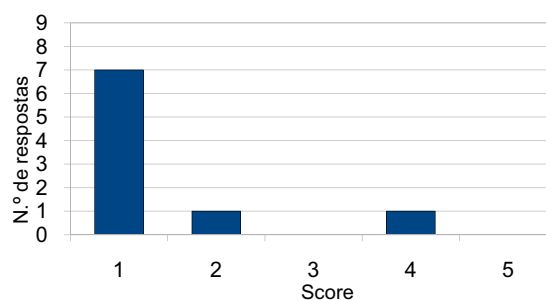


Gráfico 20 – Afirmação 19

"Penso que independentemente do que eu faça, nada vai mudar no meu trabalho enquanto voluntário(a)"

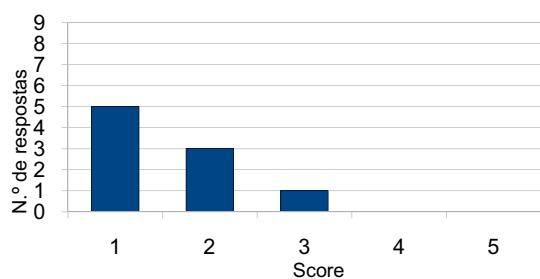
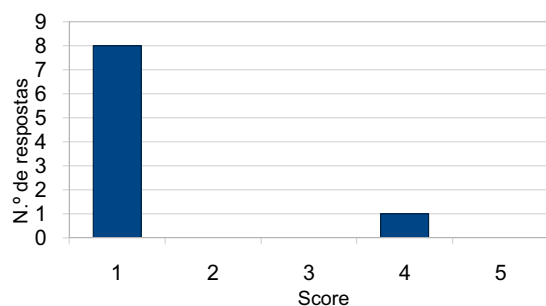


Gráfico 21 – Afirmação 20

"Sinto que já não acredito no voluntariado"



DISCUSSÃO

Dos 10 questionários aplicados, retornaram apenas 9, o que equivale a 90% da amostra. Destes nove voluntários, verificou-se que a média das pontuações finais se aproxima dos 36 pontos, pelo que parece existir uma tendência para existir possibilidade de desenvolver *burnout* no seio da equipa. De facto, a moda nos scores totais (6 voluntários, em 9) encontra-se precisamente na categoria de 21 a 40 pontos, correspondente à interpretação *Possibilidade de desenvolver burnout*, apoiando a afirmação anterior.

Realça-se ainda que o síndrome de burnout tem reflexo individual, e não grupal, pelo que é importante referir que dos 9 voluntários inquiridos, um revelou uma pontuação total enquadrada na categoria *Burnout começa a instalar-se*, o que enfatiza a possibilidade de existência real do risco de desenvolvimento de burnout.

Das diversas afirmações do instrumento, verificou-se que as afirmações 4, 7, e 9 foram as questões em que foi identificada maior frequência absoluta de respostas com score superior a 3, e que reflectem uma periodicidade de surgimento dos sintomas superior a uma vez por mês. Podemos assim inferir que os sintomas mais frequentes entre os voluntários inquiridos são o *envolvimento com os problemas dos outros*, a crença de que poderiam *fazer mais pelas pessoas que acompanham* e o sentimento de que são *uma referência para as pessoas com quem lidam diariamente*.

Parece haver, nos dados colhidos, um desvio à esquerda na escala de Lickert. Esta observação poderá ser explicada se tivermos em conta que, embora as saídas de terreno da equipa MdM-P se realizem de segunda a quinta-feira todas as semanas, estas são realizadas pelos voluntários que integram a escala de saídas para esse mês, num regime de rotatividade, pelo que as saídas, para cada voluntário, não são diárias. Assim, não seria expectável que os sintomas abordados, referentes a despersonalização, realização profissional e exaustão emocional, no que toca à actividade como voluntário, surgissem diariamente.

Este breve estudo tem, no entanto, diversas limitações. Por um lado, o facto de a selecção da amostra ter ficado condicionada à frequência de voluntários na Reunião Geral de Voluntários, de carácter mensal, implicou um baixo número de respondentes, e a impossibilidade de ajuizar relativamente à representatividade da amostra. Por outro lado, o instrumento utilizado, por ter surgido de uma adaptação do MBI ao voluntariado, carece de validação. Por estas razões, os dados obtidos permitem detectar nos voluntários presentes alguns sinais de *burnout* e necessidades formativas, mas não poderão ser generalizados a todo o grupo de voluntários activos dos MdM-P, nem ao voluntariado em termos gerais.

CONCLUSÕES

Apesar das inúmeras limitações deste estudo, este parece apoiar a hipótese de existir um risco de desenvolvimento de síndrome de *burnout* nos voluntários dos MdM-P. Uma vez que as pontuações obtidas não sugerem a presença, no seio dos voluntários inquiridos, de sinais de alarme, mas apenas a sugestão de propensão para o seu aparecimento, deixamos a recomendação de inclusão, na formação dos voluntários, de conteúdos sobre o stress laboral, especificidades e riscos do voluntariado, e estratégias de prevenção do síndrome. Será também, talvez, pertinente, a sensibilização contínua para a detecção de sinais de alerta em voluntários, a qual poderá ser realizada pelos pares, em contexto de terreno.

Finalmente, sublinha-se a pertinência de um estudo mais aprofundado neste domínio, dado que, na impossibilidade de inferir acerca da representatividade da amostra, estes resultados não poderem ser generalizados a todo o corpo de voluntariado.

REFERÊNCIAS

APA (American Psychologists Association); ACCA (APA Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance) - An action plan for self care: Consider how guidance for patients may apply to you. In Good Practice, Spring/Summer, 2009. Em linha. Consult. Em 13 de Maio de 2010. Disponível na WWW: <URL: <http://www.apapracticecentral.org/ce/self-care/action-plan.pdf>>

DECRETO-LEI n.º 389/99, de 30 de Setembro

LEI n.º 71/98, de 3 de Novembro

MASLACH; JACSON; LEITER – Maslach Burnout Inventory: Third Edition. In ZALAQUETT; WOOD - Evaluating Stress: A book of resources. Londres: The Scarecrow, Inc., 1997. Em linha. Consult. Em 24 de Abril de 2009. Disponível na WWW: <URL: <http://www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/EvaluatingStress.pdf>>.

MÉDICOS DO MUNDO – Guia do Voluntário. Lisboa: Médicos do Mundo,s.d.

MELO; GOMES; CRUZ – Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. In Avaliação Psicológica: Formas e Conceitos. Vol.VI. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses, 1999. P.596-603. Em linha. Consult. em 25 de Abril de 2010. Disponível na WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5334/1/Melo,Gomes&Cruz-MBI-Actas.pdf>>.

MONIZ; ARAÚJO - Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e burnout. Curitiba: Interação em Psicologia, jul./dez. 2006, 10(2), Em linha. Consult. em 25 de Abril de 2010. Disponível na WWW: <URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/7680/5472>>.

PLANA; FABREGAT; GASSIÓ – *Burnout Syndrome and coping strategies: a structural relations model*. Espanha: Psychologie in Spain, 2003. Vol. 7. N. 1. Em linha. Consult. Em 13 de Maio de 2010. Disponível na WWW: <URL: <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2003/7006.pdf>>.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) – Preventing Carer Burnout. UNAIDS Best Practice Collection: Highlights. Inter-Mission Care and Rehabilitation Society (IMCARES). UNAIDS: Fevereiro, 2008. Em linha. Consult. Em 13 de Maio de 2010. Disponível na WWW: <URL: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2008/9789291736430_eng.pdf>

AGRADECIMENTOS

À equipa de voluntários dos Médicos do Mundo Portugal/Porto, a colaboração, cortesia e boa vontade.

À Coordenação e equipa técnico-operativa dos Médicos do Mundo Portugal/Porto, o acolhimento e disponibilidade.

ANEXO VII

**PLANO DE SESSÃO DE SENSIBILIZAÇÃO DA EQUIPA DE VOLUNTÁRIOS
DOS MDM-P RELATIVAMENTE AO SÍNDROME DE *BURNOUT***

A blurred silhouette of a person with their arms raised in the air, palms facing forward. The person is centered in the frame, and the background is a light, slightly textured grey. The overall image has a soft, out-of-focus quality.

PREVENIR O **BURNOUT NO VOLUNTÁRIO**

Acção de sensibilização sobre
burnout à equipa de
voluntários dos Médicos do
Mundo-Portugal,
Representação do Porto:
Planeamento de Sessão

Porto, Maio de 2010

PREVENIR O BURNOUT NO VOLUNTÁRIO

**Acção de sensibilização sobre *burnout* à equipa de voluntários dos
Médicos do Mundo-Portugal, Representação do Porto:**

Planeamento de Sessão

Trabalho realizado no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade Católica Portuguesa do Porto, Módulo de Promoção de estilos de vida saudável, diagnóstico e prevenção, pelas Enfermeiras

Rita Durães

Susana Martinho

Porto, Maio de 2010

Planeamento de Sessão

Data: 28 de Maio de 2010

Local: Sede dos Médicos do Mundo-Portugal – Representação do Porto

Rua dos Mercadores, 140, 1º e 3º andar, 4050-374 São Nicolau – Porto

(Sala de reuniões)

Contexto: Reunião Geral de Voluntários

Interlocutores: Enf.ª Rita Durães e Enf.ª Susana Martinho, Mestrandas em Enfermagem com Especialidade em Saúde Mental e Psiquiatria na Universidade Católica Portuguesa do Porto

População-alvo: Equipa de voluntários dos Médicos do Mundo-Portugal, Representação do Porto

Objectivos gerais da sessão:

- ✓ Sensibilização da equipa de voluntários presentes na Reunião Geral de Voluntários de 28 de Maio de 2010 para o risco de Síndrome de *burnout* nos membros da referida equipa;
- ✓ Sensibilização dos mesmos voluntários para a identificação de sinais de *burnout* nos pares;
- ✓ Sensibilização dos mesmos voluntários para a aplicação de estratégias de prevenção do síndrome de *burnout*.

Planeamento de Sessão

Actividade	Duração	Objectivos	Recursos	Método
Apresentação	3 min	✓ Apresentação das interlocutoras.	Cadeiras, uma por voluntário	✓ Expositivo-oral
Validação de pré-requisitos	5 min	✓ Validação de conhecimentos acerca de conceitos-chave: <i>burnout</i> . ✓ Introdução ao tema do <i>burnout</i> .	Cadeiras, uma por voluntário	✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Apresentação dos resultados da aplicação do Questionário de identificação de sinais de <i>burnout</i> na equipa de voluntários dos MdM-P-Porto	7 min	✓ Abordagem sumária da relação entre <i>Burnout</i> e voluntariado. ✓ Sensibilização para a presença de risco de <i>burnout</i> na equipa de voluntários dos MdM-P-Porto.	Cadeiras, uma por voluntário Poster “Prevenir o <i>Burnout</i> ”	✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Apresentação do Poster “Prevenir o <i>Burnout</i> ”	5 min	✓ Apresentação de estratégias de prevenção do síndrome; ✓ Sensibilização da equipa para identificação de sinais de risco nos pares.	Cadeiras, uma por voluntário Poster “Prevenir o <i>Burnout</i> ”	✓ Expositivo-oral ✓ Participativo
Colocação de questões / dúvidas	10 min	✓ Clarificação de dúvidas	Cadeiras, uma por voluntário Poster “Prevenir o <i>Burnout</i> ”	✓ Participativo
Duração total da sessão	30 min			

Fundamentação teórica sumária

▪ O voluntariado

A actividade de voluntariado em Portugal está regulada desde 1998, momento em que foi publicada em Diário da República a **Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro**, que estabelece as bases do enquadramento jurídico desta actividade. No n.º1 do artigo 2º do Capítulo I da referida Lei, o voluntariado é definido como *“o conjunto de acções de interesse social e comunitário realizadas de forma desinteressada por pessoas, no âmbito de projectos, programas, e outras formas de intervenção ao serviço dos indivíduos, das famílias e da comunidade desenvolvidos sem fins lucrativos por entidades públicas ou privadas.”* Relativamente ao voluntário, este é legalmente definido no n.º 1 do art. 3º do mesmo capítulo como o indivíduo que *“de forma livre, desinteressada e responsável se compromete, de acordo com as suas aptidões próprias e no seu tempo livre, a realizar acções de voluntariado no âmbito de uma organização promotora.”* Exceptuam-se assim, segundo o enquadramento legal, as situações de que, *“embora desinteressadas, tenham um carácter isolado e esporádico ou sejam determinadas por razões familiares, de amizade e de boa vizinhança”* (Lei n.º 71/98, de 3 de Novembro, Cap. I, art. 2º, n.º 2). A regulamentação desta Lei é assegurada pelo **Decreto-Lei n.º 389/99, de 30 de Setembro**, que acrescenta que *“o voluntariado é uma actividade inerente ao exercício da cidadania que se traduz numa relação solidária para com o próximo, participando, de forma livre e organizada, na solução dos problemas que afectam a sociedade em geral”*.

▪ Porquê esta acção de sensibilização?

Médicos do Mundo Portugal, enquanto Organização Não Governamental para o Desenvolvimento (ONGD), sendo constituída *“essencialmente por voluntários”* (MÉDICOS DO MUNDO, s.d: 11) nutre um especial respeito pela observância dos direitos e deveres dos voluntários, preconizados na referida legislação. No seu Guia do Voluntário constam expressos os direitos do voluntário, dos quais se destacam os seguintes:

- ✓ *“Ser bem acolhido, apoiado e informado sobre a organização Médicos do Mundo.”;*
- ✓ *“Ser acompanhado ao longo da sua actividade por profissionais e técnicos de MdM-P”;*
- ✓ *“Que a actividade não resulte gravosa para o voluntário” (Ibidem: 26).*

Como deveres, constam do referido Guia, entre outros, o seguinte:

✓ *“Preparar-se para a Acção, avaliá-la e reorientá-la se necessário” (Ibidem: 27).*

É assim realçada a importância do acompanhamento técnico do voluntário por parte da equipa operacional, com uma responsabilidade partilhada entre este e a instituição que o acolhe, de modo a assegurar a sua máxima informação, formação e segurança na execução das actividades que assume enquanto voluntário.

Por esta razão, os Médicos do Mundo Portugal comprometem-se na *“realização de acções de formação sobre temas técnicos e operativos ligados ao trabalho humanitário”, oferecendo “a possibilidade de participar activamente no processo de reflexão conjunta sobre temáticas ligadas à intervenção de MdM-P” (Ibidem: 36).* Da parte do voluntário, a equipa operacional desta ONGD espera que *“participe sempre que possível nas actividades de formação organizadas por MdM-P” (Ibidem: 37).*

▪ Qual a relação entre o voluntariado e o *burnout*?

O voluntariado é normalmente associado a fonte de realização pessoal e oportunidade para desempenho de actividades socialmente valorizadas. No entanto, esta perspectiva poderá ser reducionista, uma vez que também poderá acarretar elevados custos no plano individual, institucional e social, pois não são relevados os encargos e dificuldades enfrentadas. Do contacto com situações de exclusão social, doença, discriminação, pobreza, e outros contextos de vulnerabilidade, poderão resultar perturbações psicológicas e da funcionalidade sendo importante lembrar que, quando um indivíduo encontra dificuldades que superam os recursos pessoais ou sociais de adaptação, com frequência passa a manifestar sinais de stress e esgotamento (Lipp, 2004 citado por MONIZ; ARAÚJO, 2006: 236).

A síndrome de *Burnout* (do inglês *to burn out*, queimar por completo), por vezes considerada como síndrome do esgotamento profissional, foi assim denominada pelo psicanalista nova-iorquino Freudenberg, após identificar sintomas em si mesmo, no início dos anos 70. Refere-se a um tipo de stress ocupacional e institucional intimamente relacionado com profissionais que mantêm uma relação constante e directa com outras pessoas, principalmente quando esta actividade é considerada uma actividade de ajuda (médicos, enfermeiros, voluntários, entre outros). É ainda definida como uma reacção à tensão emocional crónica gerada a partir do contacto directo, excessivo e stressante com o trabalho, levando a que a pessoa perca a maior parte do interesse na sua relação com o trabalho, de modo a que as coisas percam a sua

importância relativa e qualquer esforço pessoal pareça inútil (PLANA; FABREGAT; GASSIÓ, 2003: 46).

Os seus principais sintomas são, assim, a exaustão emocional, a despersonalização, e a perda de motivação e de comprometimento (MELO; GOMES; CRUZ, 1999: 596).

▪ **Quais são as estratégias de prevenção do *burnout*?**

As estratégias de prevenção de burnout nos cuidadores podem ser divididas entre aquelas que dizem respeito à **instituição**, e aquelas que respeitam ao **próprio indivíduo**. A UNAIDS, em 2008, propõe aquelas que são medidas gerais de prevenção do *Burnout* do cuidador (UNAIDS, 2008: 4-5), incidindo as mesmas em estratégias a implementar pelas instituições, considerando:

- ✓ *Recrutamento cuidadoso de voluntários e criação de boas condições de trabalho;*
- ✓ *Fomentar as relações interpessoais e criar espaços de partilha;*
- ✓ *Estabelecer objectivos alcançáveis;*
- ✓ *Assegurar um ambiente de trabalho seguro;*
- ✓ *Assegurar a transparência com o pessoal, relativamente aos fundos disponíveis;*
- ✓ *Não prometer aos utentes mais do que pode ser realizado;*
- ✓ *Dar resposta às necessidades identificadas na sociedade;*
- ✓ *Dar espaço a ser mais do que um simples prestador de serviços;*

Por outro lado, a American Psychological Association (APA), em Dezembro de 2008, propõe, conjuntamente com a APA Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance (ACCA), algumas estratégias de coping e auto-cuidado que o indivíduo poderá utilizar no sentido de proteger a sua saúde mental em meio laboral. Entre elas, constam as seguintes (APA; ACCA, 2009: 16-17):

- ✓ *Tornar o auto-cuidado pessoal e profissional uma prioridade;*
- ✓ *Monitorizar com honestidade o próprio estado físico e mental;*
- ✓ *Encontrar tempo para actividades que sejam mentalmente restauradoras;*
- ✓ *Evitar o isolamento;*
- ✓ *Estabelecer e manter relações profissionais que ofereçam a oportunidade de discutir a natureza específica e os stressores do trabalho que realize;*

- ✓ *Considerar com seriedade os riscos ocupacionais;*
- ✓ *Desenvolver expectativas realistas e razoáveis relativamente ao trabalho e às suas capacidades;*
- ✓ *Prestar atenção à necessidade de equilíbrio entre trabalho, descanso e lazer;*
- ✓ *Perseguir oportunidades para estimulação intelectual, incluindo fora da profissão;*
- ✓ *Dar passos no sentido de potenciar a satisfação profissional;*
- ✓ *Adoptar uma visão de longo alcance, reconhecendo que terá possivelmente diferentes necessidades em diferentes etapas da carreira.*

Além da promoção do bem-estar pessoal e da prevenção de distúrbios mentais, relacionados com a actividade de voluntariado, a implementação de medidas de prevenção do síndrome de *burnout* passa também por uma promoção da responsabilidade no desempenho das actividades de voluntariado. Voluntários saudáveis prestam cuidados de maior qualidade, com menores riscos para si e para os utentes.

© 2001 Randy Glasbergen.
www.glasbergen.com



**"It's a smoke detector. The boss thinks
I might be headed for a burnout."**

Crédito da imagem: Randy Glasbergen, 2001.

▪ Referências

APA (American Psychologists Association); ACCA (APA Board of Professional Affairs' Advisory Committee on Colleague Assistance) - An action plan for self care: Consider how guidance for patients may apply to you. In Good Practice, Spring/Summer, 2009. Em linha. Consult. Em 13 de Maio de 2010. Disponível na WWW: <URL: <http://www.apapracticecentral.org/ce/self-care/action-plan.pdf>>

DECRETO-LEI n.º 389/99, de 30 de Setembro

LEI n.º 71/98, de 3 de Novembro

MASLACH; JACSON; LEITER – Maslach Burnout Inventory: Third Edition. In ZALAQUETT; WOOD - Evaluating Stress: A book of resources. Londres: The Scarecrow, Inc., 1997. Em linha. Consult. Em 24 de Abril de 2009. Disponível na WWW: <URL: <http://www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/EvaluatingStress.pdf>>.

MÉDICOS DO MUNDO – Guia do Voluntário. Lisboa: Médicos do Mundo,s.d.

MELO; GOMES; CRUZ – Desenvolvimento e adaptação de um instrumento de avaliação psicológica do burnout para os profissionais de psicologia. In Avaliação Psicológica: Formas e Conceitos. Vol.VI. Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses, 1999. P.596-603. Em linha. Consult. em 25 de Abril de 2010. Disponível na WWW: <URL: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/5334/1/Melo,Gomes&Cruz-MBI-Actas.pdf> >.

MONIZ; ARAÚJO - Trabalho voluntário em saúde: auto-percepção, estresse e burnout. Curitiba: Interação em Psicologia, jul./dez. 2006, 10(2), Em linha. Consult. em 25 de Abril de 2010. Disponível na WWW: <URL: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/viewFile/7680/5472>>.

PLANA; FABREGAT; GASSIÓ – *Burnout Syndrome and coping strategies: a structural relations model*. Espanha: Psychologie in Spain, 2003. Vol. 7. N. 1. Em linha. Consult. Em 13 de Maio de 2010. Disponível na WWW: <URL: <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2003/7006.pdf>>.

UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS) – Preventing Carer Burnout. UNAIDS Best Practice Collection: Highlights. Inter-Mission Care and Rehabilitation Society (IMCARES). UNAIDS: Fevereiro, 2008. Em linha. Consult. Em 13 de Maio de 2010. Disponível na WWW: <URL: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2008/9789291736430_eng.pdf>

Anexo – Poster “Prevenir o *burnout* no voluntário”

ANEXO VIII

**INSTRUMENTO: FACTORES DE RISCO EM SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA EM IDOSOS**



Processo n.º _____

Factores de Risco em Saúde Mental e Psiquiatria em IDOSOS

C0. Avaliação inicial: ____/____/____

C2. Consulta de seguimento 2: ____/____/____

C1. Consulta de seguimento 1: ____/____/____

C3. Consulta de seguimento 3: ____/____/____

Assinalar com um X, em cada Parâmetro, a pontuação que o utente apresenta em cada consulta (apenas 1 pontuação por parâmetro). Somar pontuação total para cada consulta.

Parâmetros a avaliar	C0	C1	C2	C3
Referenciação a Cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria do SNS				
Sem referenciação prévia	3	3	3	3
Com referenciação prévia, mas sem adesão a consultas e/ou tratamento	2	2	2	2
Com referenciação prévia, e cumpre consultas de vigilância e tratamento	1	1	1	1
Sem necessidade de referenciação	0	0	0	0
Doença ou condição física				
Com doença crónica e estado de saúde debilitado	3	3	3	3
Com doença crónica, controlada	2	2	2	2
Sem doença crónica, episódios agudos esporádicos	1	1	1	1
Sem doença aguda ou crónica	0	0	0	0
Nutrição / Acesso a alimentação				
Sem acesso a bens alimentares ou com auto cuidado alimentar-se comprometido	3	3	3	3
Com acesso a bens alimentares, sem padrão regular	2	2	2	2
Com acesso a bens alimentares 1 vez por dia	1	1	1	1
Com acesso a bens alimentares mais do que uma vez por dia e auto cuidado alimenta-se íntegro	0	0	0	0
Cuidados de higiene / arranjo pessoal				
Sem acesso a cuidados de higiene, auto cuidado arranjar-se negligenciado	3	3	3	3
Com acesso esporádico a cuidados de higiene, auto cuidado arranjar-se negligenciado	2	2	2	2
Com acesso regular, não diário, a cuidados de higiene, demonstra preocupação com arranjo pessoal	1	1	1	1
Com padrão diário de higiene, auto cuidado arranjar-se íntegro	0	0	0	0
Abrigo (ver tipologia ETHOS no verso)				
Sem tecto	3	3	3	3
Sem casa	2	2	2	2
Habitação insegura ou inadequada	1	1	1	1
Habitação permanente com condições de habitabilidade	0	0	0	0
Condição social				
Emergência social com exposição a violência	3	3	3	3
Emergência social sem exposição a violência	2	2	2	2
Transição	1	1	1	1
Integração/Autonomia	0	0	0	0
Uso/abuso de substâncias				
Dependência de substâncias, sem tratamento	3	3	3	3
Dependência, em tratamento (desintoxicação/ desabituação/substituição)	2	2	2	2
Em abstinência	1	1	1	1
Sem consumo/abuso de substâncias prévio	0	0	0	0
Sintomas depressivos / estado emocional				
Depressão grave - (Yesavage entre 10 e 15)	3	3	3	3
Depressão ligeira – (Yesavage entre 5 e 9), respostas adaptativas não adequadas ou pouquíssimo adequadas	2	2	2	2
Depressão ligeira – (Yesavage entre 5 e 9), respostas adaptativas pouco adequadas ou adequadas	1	1	1	1
Sem sinais de depressão - (Yesavage entre 0 e 4)	0	0	0	0
Estado mental				
Com defeito cognitivo grave	3	3	3	3
Com defeito cognitivo, sem actividade mental/cognitiva regular	2	2	2	2
Com defeito cognitivo, com actividade mental/cognitiva regular	1	1	1	1
Sem defeito cognitivo	0	0	0	0
SCORE TOTAL				



Factores de Risco em Saúde Mental e Psiquiatria em IDOSOS

FACTORES DE RISCO	Pontuação 3	Pontuação 2	Pontuação 1	Pontuação 0
Referenciação a Cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria do SNS	Sem referenciação prévia (por equipa MdM ou outra entidade)	Com referenciação prévia, frequentou consulta, mas sem adesão a consultas e/ou tratamento	Com referenciação prévia, e cumpre consultas de vigilância e tratamento	Sem necessidade de referenciação
Doença ou condição física	Com doença crónica e estado de saúde debilitado	Com doença crónica, controlada	Sem doença crónica, episódios agudos esporádicos	Sem doença aguda ou crónica
Nutrição/Acesso a alimentação	Sem acesso a bens alimentares ou com autocuidado alimentar-se comprometido	Com acesso a bens alimentares sem padrão regular	Com acesso a bens alimentares 1 vez por dia	Com acesso regular a bens alimentares mais do que 1 vez por dia e autocuidado: alimentar-se íntegro
Cuidados de higiene/arranjo pessoal	Sem acesso a cuidados de higiene, Autocuidado arranjar-se negligenciado	Com acesso esporádico a cuidados de higiene, autocuidado arranjar-se negligenciado	Com acesso regular , não diário, a cuidados de higiene, demonstra preocupação com arranjo pessoal	Com padrão diário de higiene, autocuidado arranjar-se demonstrado
Abrigo (ETHOS-Tipologia Europeia sobre sem-abrigo e Exclusão habitacional)	Sem tecto (A viver em espaço público; a viver em casa abandonada)	Sem casa (Centro de acolhimento temporário/acomodação temporária; casas abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica; centro de acolhimento para imigrantes e refugiados; alojamento assistido dirigido especificamente à população sem-abrigo)	Habitação insegura (Sem contrato, ameaça de despejo, violência) Ou Habitação inadequada (Estruturas temporárias; habitação sem condições; sobreocupação extrema)	Habitação permanente com condições de habitabilidade (Presença de água, luz e saneamento, sem risco de ruína iminente, com segurança de redes eléctricas e gaz, sem barreiras arquitectónicas)
Condição social	Emergência social com exposição a violência (Sem retaguarda institucional, relações interpessoais deficitárias e suporte afectivo ausente; com exposição a violência)	Emergência social sem exposição a violência (Sem retaguarda institucional, relações interpessoais deficitárias e suporte afectivo ausente; sem exposição a violência)	Transição (Com emprego precário, com relações interpessoais satisfatórias, sem suporte afectivo)	Integração/Autonomia (Com emprego ou com outra fonte de rendimentos (subsídios), relações interpessoais satisfatórias e suporte familiar presente)
Uso/abuso de substâncias	Dependência de substâncias, sem tratamento	Dependência, em tratamento (desintoxicação/desabituação/substituição)	Em abstinência	Sem consumo/abuso de substâncias prévio
Sintomas depressivos / estado emocional	Depressão grave Score na escala de depressão geriátrica de Yesavage entre 10 e 15	Depressão ligeira Score na escala de depressão geriátrica de Yesavage entre 5 e 9 e Respostas adaptativas não adequadas (não resolvem o problema) ou pouquíssimo adequadas (resolvem o problema, mas sem satisfação e com conflito intrapsíquico ou ambiental) Simon, 1996	Depressão ligeira Score na escala de depressão geriátrica de Yesavage entre 5 e 9 e Respostas adaptativas pouco adequadas (resolvem o problema, mas são satisfatórias e causam conflito intrapsíquico ou ambiental, ou não causando conflito, não são satisfatórias) ou Adequadas (resolvem o problema, e são satisfatórias e não geram conflito intrapsíquico ou ambiental) Simon, 1996	Sem sinais de depressão Score na escala de depressão geriátrica de Yesavage entre 0 e 4
Estado mental	Com defeito cognitivo grave (Score na Mini Mental State Evaluation <15 (se analfabeto) <22 (se 1 a 11 anos de escolaridade) <27 (se +11anos escolaridade))	Com defeito cognitivo (Score na Mini Mental State Evaluation =15 (se analfabeto) =22 (se 1 a 11 anos de escolaridade) =27 (se +11anos escolaridade)) e Sem actividade mental/cognitiva regular	Com defeito cognitivo (Score na Mini Mental State Evaluation =15 (se analfabeto) =22 (se 1 a 11 anos de escolaridade) =27 (se +11anos escolaridade)) e Com actividade mental/cognitiva regular	Sem defeito cognitivo (Score na Mini Mental State Evaluation >15 (se analfabeto) >22 (se 1 a 11 anos de escolaridade) >27 (se +11anos escolaridade))

ANEXO IX

**INSTRUMENTO: FACTORES DE RISCO EM SAÚDE MENTAL E
PSIQUIATRIA EM PSA**



Processo n.º _____

Factores de Risco em Saúde Mental e Psiquiatria em PSA

C0. Avaliação inicial: ____/____/____

C2. Consulta de seguimento 2: ____/____/____

C1. Consulta de seguimento 1: ____/____/____

C3. Consulta de seguimento 3: ____/____/____

Assinalar com um X, em cada Parâmetro, a pontuação que o utente apresenta em cada consulta (apenas 1 pontuação por parâmetro). Somar pontuação total para cada consulta.

Parâmetros a avaliar	C0	C1	C2	C3
Referenciação a Cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria do SNS				
Sem referenciação prévia	3	3	3	3
Com referenciação prévia, mas sem adesão a consultas e/ou tratamento	2	2	2	2
Com referenciação prévia, e cumpre consultas e/ou tratamento	1	1	1	1
Sem necessidade de referenciação	0	0	0	0
Doença ou condição física				
Com doença crónica e estado de saúde debilitado	3	3	3	3
Com doença crónica, controlada	2	2	2	2
Sem doença crónica, episódios agudos esporádicos	1	1	1	1
Sem doença aguda ou crónica	0	0	0	0
Nutrição / Acesso a alimentação				
Sem acesso a bens alimentares ou com auto cuidado alimentar-se comprometido	3	3	3	3
Com acesso a bens alimentares, sem padrão regular	2	2	2	2
Com acesso a bens alimentares 1 vez por dia	1	1	1	1
Com acesso a bens alimentares mais do que uma vez por dia e auto cuidado alimenta-se íntegro	0	0	0	0
Cuidados de higiene / arranjo pessoal				
Sem acesso a cuidados de higiene, auto cuidado arranjar-se negligenciado	3	3	3	3
Com acesso esporádico a cuidados de higiene, auto cuidado arranjar-se negligenciado	2	2	2	2
Com acesso regular, não diário, a cuidados de higiene, demonstra preocupação com arranjo pessoal	1	1	1	1
Com padrão diário de higiene, auto cuidado arranjar-se íntegro	0	0	0	0
Abrigo (ver tipologia ETHOS no verso)				
Sem tecto	3	3	3	3
Sem casa	2	2	2	2
Habitação insegura ou inadequada	1	1	1	1
Habitação permanente com condições de habitabilidade	0	0	0	0
Condição social				
Emergência social com exposição a violência	3	3	3	3
Emergência social sem exposição a violência	2	2	2	2
Transição	1	1	1	1
Integração/Autonomia	0	0	0	0
Uso/abuso de substâncias				
Dependência de substâncias, sem tratamento	3	3	3	3
Dependência, em tratamento (desintoxicação/ desabitação/substituição)	2	2	2	2
Em abstinência	1	1	1	1
Sem consumo/abuso de substâncias prévio	0	0	0	0
Mecanismos de Coping				
Não utiliza qualquer mecanismo de adaptação ao meio envolvente	3	3	3	3
Utiliza mecanismos de defesa mas não mecanismos de confronto – não é proactivo na resolução de problemas	2	2	2	2
Utiliza mecanismos de confronto – é proactivo na resolução de problemas	1	1	1	1
Está adaptado ao ambiente sem necessidade de utilização de mecanismos de adaptação suplementares	0	0	0	0
Estado mental				
Com defeito cognitivo grave	3	3	3	3
Com defeito cognitivo, sem actividade mental/cognitiva regular	2	2	2	2
Com defeito cognitivo, com actividade mental/cognitiva regular	1	1	1	1
Sem defeito cognitivo	0	0	0	0

SCORE TOTAL

--	--	--	--



Factores de Risco em Saúde Mental e Psiquiatria em PSA

FACTORES DE RISCO	Pontuação 3	Pontuação 2	Pontuação 1	Pontuação 0
Referenciação a Cuidados de Saúde Mental e Psiquiatria do SNS	Sem referenciação prévia (por equipa MdM ou outra entidade)	Com referenciação prévia, frequentou consulta, mas sem adesão a consultas e/ou tratamento	Com referenciação prévia, e cumpre consultas e tratamento	Sem necessidade de referenciação
Doença ou condição física	Com doença crónica e estado de saúde debilitado	Com doença crónica, controlada	Sem doença crónica, episódios agudos esporádicos	Sem doença aguda ou crónica
Nutrição/Acesso a alimentação	Sem acesso a bens alimentares ou com autocuidado alimentar-se comprometido	Com acesso a bens alimentares sem padrão regular	Com acesso a bens alimentares 1 vez por dia	Com acesso regular a bens alimentares mais do que 1 vez por dia e autocuidado: alimentar-se íntegro
Cuidados de higiene/arranjo pessoal	Sem acesso a cuidados de higiene, Autocuidado arranjar-se negligenciado	Com acesso esporádico a cuidados de higiene, autocuidado arranjar-se negligenciado	Com acesso regular, não diário, a cuidados de higiene, demonstra preocupação com arranjo pessoal	Com padrão diário de higiene, autocuidado arranjar-se demonstrado
Abrigo (ETHOS-Tipologia Europeia sobre sem-abrigo e Exclusão habitacional)	Sem tecto (A viver em espaço público; a viver em casa abandonada)	Sem casa (Centro de acolhimento temporário/acomodação temporária; casas abrigo para mulheres vítimas de violência doméstica; centro de acolhimento para imigrantes e refugiados; alojamento assistido dirigido especificamente à população sem-abrigo)	Habitação insegura (Sem contrato, ameaça de despejo, violência) Ou Habitação inadequada (Estruturas temporárias; habitação sem condições; sobreocupação extrema)	Habitação permanente com condições de habitabilidade (Presença de água, luz e saneamento, sem risco de ruína iminente, com segurança de redes eléctricas e gás, sem barreiras arquitectónicas)
Condição social	Emergência social com exposição a violência (Sem retaguarda institucional, relações interpessoais deficitárias e suporte afectivo ausente; com exposição a violência)	Emergência social sem exposição a violência (Sem retaguarda institucional, relações interpessoais deficitárias e suporte afectivo ausente; sem exposição a violência)	Transição (Com emprego precário, com relações interpessoais satisfatórias, sem suporte afectivo)	Integração/Autonomia (Com emprego ou com outra fonte de rendimentos (subsídios), relações interpessoais satisfatórias e suporte familiar presente)
Uso/abuso de substâncias	Dependência de substâncias, sem tratamento	Dependência, em tratamento (desintoxicação/desabilitação/substituição)	Em abstinência	Sem consumo/abuso de substâncias prévio
Mecanismos de Coping	Apesar da falta de adaptação entre as solicitações do contexto e os seus recursos para as enfrentar, não utiliza qualquer mecanismo de adaptação ao meio envolvente.	Utiliza mecanismos de defesa (o sujeito distorce a sua percepção do contexto ou da sua própria maneira de ser, para reduzir a tensão) mas não mecanismos de confronto (o indivíduo não procura modificar o contexto objectivo ou a sua própria pessoa para conseguir um melhor ajustamento objectivo entre ambos) – não é proactivo na resolução de problemas. (Harrison, 1978)	Utiliza mecanismos de confronto (o indivíduo procura modificar o contexto objectivo ou a sua própria pessoa, para conseguir um melhor ajustamento objectivo entre ambos) – é proactivo na resolução de problemas. (Harrison, 1978)	Está adaptado ao ambiente sem necessidade de utilização de mecanismos de adaptação suplementares.
Estado mental	Com defeito cognitivo grave (Score na Mini Mental State Evaluation <15 (se analfabeto) <22 (se 1 a 11 anos de escolaridade) <27 (se +11anos escolaridade))	Com defeito cognitivo (Score na Mini Mental State Evaluation =15 (se analfabeto) =22 (se 1 a 11 anos de escolaridade) =27 (se +11anos escolaridade)) e Sem actividade mental/cognitiva regular	Com defeito cognitivo (Score na Mini Mental State Evaluation =15 (se analfabeto) =22 (se 1 a 11 anos de escolaridade) =27 (se +11anos escolaridade)) e Com actividade mental/cognitiva regular	Sem defeito cognitivo (Score na Mini Mental State Evaluation >15 (se analfabeto) >22 (se 1 a 11 anos de escolaridade) >27 (se +11anos escolaridade))

ANEXO X

ESTUDO DE CASO



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Estágio – Módulo II

Desenvolvimento de competências em unidade de intervenção na crise de adultos

ESTUDO DE CASO

Aluna: Rita Durães Pinto

Sob orientação da Professora Aida Maria Silva Fernandes

Porto, 17 de Novembro de 2010

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	7
1. COLHEITA INICIAL DE DADOS	9
1.1. Identificação do Utente	9
1.2. Genograma	9
1.3. História actual de doença	10
1.4. Antecedentes pessoais	10
1.5. Antecedentes familiares	11
1.6. Avaliação inicial	11
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM	13
2.1. Actividades diagnósticas	13
2.2. Diagnósticos de Enfermagem	13
2.3. Intervenções de Enfermagem	14
2.4. Actividades de avaliação	15
2.5. Registos de Enfermagem	15
2.6. Resultados de Enfermagem	19
3. ACTIVIDADES INTERDEPENDENTES	21
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	25
5. CONCLUSÕES	27
6. REFERÊNCIAS	29
7. ANEXOS	

Anexo I – Material utilizado na terceira relação de ajuda (réplica)

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Identificação do utente.....	9
Tabela 2 - Avaliação inicial do utente.....	11
Tabela 3 - Actividades Diagnósticas.....	13
Tabela 4 – Diagnósticos de Enfermagem.....	13
Tabela 5 – Intervenções de Enfermagem.....	14
Tabela 6 – Actividades de Avaliação.....	15
Tabela 7 – Resultados de Enfermagem.....	19
Tabela 8 – Medicação.....	21

ÍNDICE DE IMAGENS

Imagem 1 – Genograma.....	9
---------------------------	---

0. INTRODUÇÃO

Segundo ARAÚJO *et al.* (2008: 4), um estudo de caso “trata-se de uma abordagem metodológica de investigação especialmente adequada quando procuramos compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos factores”. É assim um tipo de estudo de investigação com metodologia qualitativa, com o enfoque num “caso” (pessoa, pequeno grupo, comunidade), e numa metodologia de colheita de dados específica.

Segundo Bell (1989) citado por ARAÚJO *et al.* (2008: 4), o estudo de caso pode ainda ser definido como “uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interacção entre factores e eventos”, ou seja, em que se irá estudar a o efeito de acções na condição ou circunstância do “caso”.

Quanto às especificidades deste tipo de investigação, Benbasat *et al.* (1987), citado por ARAÚJO *et al.* (2008: 7), refere as seguintes características como definidoras de estudo de caso:

- “- Fenómeno observado no seu ambiente natural;
- Dados recolhidos utilizando diversos meios (Observações directas e indirectas, entrevistas, questionários, registos de áudio e vídeo, diários, cartas, entre outros);
- Uma ou mais entidades (pessoa, grupo, organização) são analisadas;
- A complexidade da unidade é estudada aprofundadamente;
- Pesquisa dirigida aos estágios de exploração, classificação e desenvolvimento de hipóteses do processo de construção do conhecimento;
- Não são utilizados formas experimentais de controlo ou manipulação;
- O investigador não precisa especificar antecipadamente o conjunto de variáveis dependentes e independentes;
- Os resultados dependem fortemente do poder de integração do investigador;

- Podem ser feitas mudanças na selecção do caso ou dos métodos de recolha de dados à medida que o investigador desenvolve novas hipóteses;
- Pesquisa envolvida com questões "como?" e "porquê?" ao contrário de "o quê?" e "quantos?" “

O presente estudo de caso pretende abordar o processo de Enfermagem dum utente internado na Unidade de Internamento de Agudos de Matosinhos, no Hospital de Magalhães Lemos, EPE, no período compreendido entre 17/09/2010 e 19/10/2010, e pensar criticamente sobre os ganhos em saúde obtidos, adequação das estratégias utilizadas, e limitações das intervenções implementadas.

A selecção do “caso” esteve dependente do universo disponível (utentes internados na Unidade de Internamento de Agudos de Matosinhos do Hospital Magalhães Lemos, EPE), e tendo em conta uma patologia em que fosse possível obter ganhos em saúde através de intervenções autónomas de Enfermagem. A selecção foi assim intencional e de conveniência (BRAVO, 1998, citado por ARAÚJO *et al*, 2008: 13).

As observações foram realizadas no referido serviço durante o internamento, e consistiram em pesquisa documental - consulta do processo clínico e registos de Enfermagem - e no método de entrevista semi-estruturada, tendo privilegiado a abordagem qualitativa.

1. COLHEITA INICIAL DE DADOS

1.1. Identificação do utente

Nome (sigla)	A. S.
Idade	53 anos
Profissão	Talhante
Área geográfica	Matosinhos
Cama	5 – enfermaria do sexo masculino
Data de admissão	17/09/2010
Diagnóstico médico¹	309.1 (Depressão reactiva prolongada)

Tabela 1 – Identificação do utente

1.2. Genograma

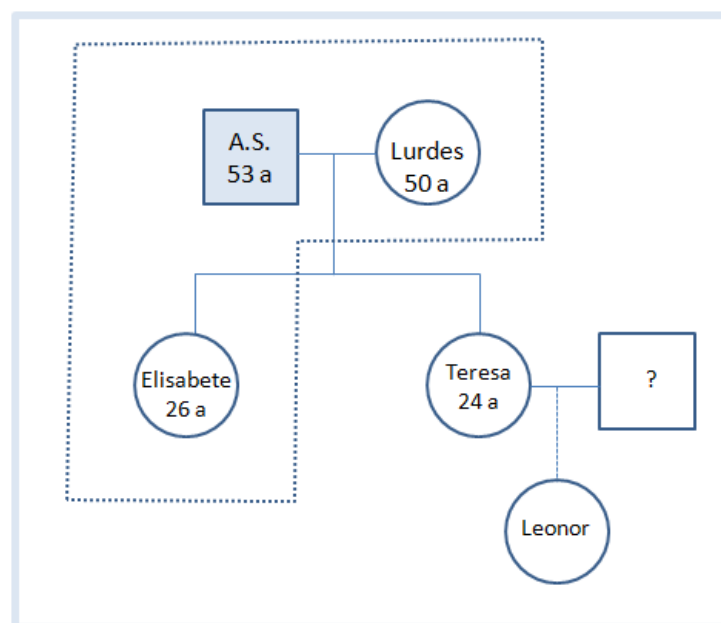


Imagem 1 - Genograma

Do agregado familiar fazem parte o Sr. A.S., a esposa, D. Lurdes, e a filha mais velha do casal, Elisabete. A filha mais nova vive em Mesão Frio com o marido, e está actualmente grávida.

¹ Conforme Classificação Internacional de Doenças versão 9 (CID-9).

1.3. História actual de doença

Os dados relativos à história actual de doença foram obtidos por meio de consulta do Processo clínico do utente e por relato do mesmo.

Tentativa de suicídio por esfaqueamento na região toraco-cervical em 09/2010. Após ingestão de medicação anti-epiléptica auto-inflingiu-se na região torácica, tendo caído e feito TCE ligeiro.

Na véspera da auto-agressão terá pedido à filha mais velha para “ser forte e cuidar da mãe” (sic), depois terá parecido aliviado e a filha não se terá preocupado mais. No dia estava só em casa e terá sido “por acaso” que a cunhada o encontrou, terá tomado comprimidos [antiepilépticos] e depois terá feito a grave auto-agressão.

Desde Janeiro de 2010, altura em que foi submetido a neurocirurgia, terá ficado a esposa sozinha a assegurar o negócio, e a facturação terá baixado. Na semana anterior à tentativa de suicídio a D.Lurdes terá tido crise vertiginosa não tendo podido abrir o negócio, o que agravou a sensação de inutilidade do Sr. A.S.

1.4. Antecedentes pessoais

Os dados relativos aos antecedentes pessoais foram obtidos por meio de consulta do Processo clínico do utente e por relato do mesmo.

Neurocirurgia em Fevereiro de 2010, da qual terá resultado incapacidade para desempenho de funções no seu negócio (talho). Referência a ataxia da marcha.

Cirurgia abdominal há cerca de 20 anos, que não sabe especificar.

Sem acompanhamento psiquiátrico prévio.

1.5. Antecedentes familiares

Irmão com patologia psiquiátrica que não sabe especificar, e que fará, alegadamente, um injectável mensal.

1.6. Avaliação inicial

Os dados da avaliação inicial foram consultados no Processo do Utente constante no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE) e datada de 17.09.2010:

Sistema imunitário	Alergias / sensibilidades: Ausente
Alimentação	Peso: 85 Kg Altura: 178 cm Hábitos alimentares: dieta ligeira com pouco sal Alergias alimentares: desconhece
Circulação	TA sistólica: 128 mmHg TA diastólica: 87 mmHg Frequência Cardíaca: 89 bpm Temperatura corporal: 36,5 °C (Taxilar) Dor: 0 – sem dor
Eliminação	Eliminação intestinal: sem alterações Eliminação urinária: sem alterações
Tegumentos	Integridade cutânea: Não Úlcera de pressão: Não Feridas: Sim Observações: Ferida cirúrgica na região do esterno
Mobilidade	Dependência: Independente Uso de próteses: Não
Sono e Repouso	H. de sono (Horas): 8h Com recurso a medicação: Sim
Neuro-sensorial	Consciência: Sem alterações Orientação no Tempo: Sim Orientação no Espaço: Sim Orientação Autopsíquica: Sim Orientação Alopsíquica: Sim Audição: Não alterada Paladar: Não alterado.

	Olfacto: Não alterado. Tacto: Não alterado.
Cognição	Percepção: Não alterada. Pensamento, quanto ao curso: Não alterado Pensamento, quanto à forma: Não alterado Pensamento, quanto ao conteúdo: Não alterado
Emoções	Humor: alterado Especificar alteração: depressivo
Autocuidado Higiene	Dependência: Independente
Auto-agressão	Tentativa de suicídio: Presente Ideação suicida: Não mantém
Auto-controlo	Hetero-agressão: Não apresenta
Comunicação	Comunicação: Não alterada
Razões para a acção	Qual: problemas financeiros
Sexualidade	Identidade Sexual: Heterossexual
Estilos de vida	Actividades de lazer: Sim Quais: passear, conversar com amigos, ver TV Comportamentos aditivos: Sim Quais: É fumador
Outras informações	É casado, tem 2 filhas, vive com a esposa e a filha mais velha, e trabalhava até Fevereiro de 2010 num talho.

Tabela 2 – Avaliação inicial do utente

Utente actualmente com termo no diagnóstico de Ferida cirúrgica.

2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

2.1. Actividades diagnósticas

Vigiar humor	Humor sub-depressivo na maior parte dos turnos, e durante o dia. Socialização breve, quando fora do serviço. Sorrisos espontâneos esporádicos. Olhar distante e fâcias triste a maior parte do tempo.
Aplicar Escala [Escala de Depressão de Hamilton]	aplicação da Escala de Depressão de Hamilton em 17/09/2010, resultando em score 6 (Depressão ligeira)
Executar Escuta Activa	Verbalização espontânea de ser incapaz de lidar com “os pensamentos que levaram ao suicídio”, e incapacidade de os definir; o utente verbaliza que não quer ir a casa de fim de semana; o utente recusa dispensa de fim de semana em duas semanas consecutivas; referência a que “a certeza de estar bem era de apenas 75%” (sic).
Vigiar ideação suicida	Utente não refere ideação suicida estruturada, nem apresenta sinais de presença de ideação suicida.
Vigiar comportamento [suicida]	Utente não apresenta comportamento suicida.

Tabela 3 – Actividades diagnósticas

2.2. Diagnósticos de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Focos de atenção segundo a CIPE versão 1.0 ²
Coping ineficaz	Coping – 10005208 – Atitude com as características específicas: Disposição para gerir o <i>stress</i> que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do <i>stress</i> , verbalização de aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.
Depressão, em grau reduzido	Depressão – 10005784 – Emoção com as características específicas: Estado no qual a disposição está reprimida, causando tristeza, melancolia, astenia, deterioração da compreensão, concentração diminuída, sensação de culpa, e sintomas físicos incluindo perda de apetite, insónia e dor de cabeça.
Uso de tabaco [cigarros]	Uso de tabaco – 10019766 – Uso de Substâncias com as características específicas: uso habitual de tabaco como estimulante através de cigarros, charutos, cachimbo, mascar ou cheirar rapé.
Risco de tentativa de suicídio no pós-alta	Tentativa de suicídio – 10002907 – Comportamento autodestrutivo com as características específicas: Desempenhar actividades auto-iniciadas que levam à autodestruição, com o objectivo de se matar ou ameaçar fazê-lo.

Tabela 4 – Diagnósticos de Enfermagem

² INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. ISBN: 92-95040-36-8.

2.3. Intervenções de Enfermagem

INTERVENÇÃO	TIMING	FORMALIDADE	OBJECTIVOS
Planear relação de ajuda [com o utente]	13/10/2010 14/10/2010 18/10/2010 21/10/2010	Em contacto informal, planeada primeira sessão; na primeira sessão planeadas as restantes.	Formalizar a intervenção e estabelecer contrato terapêutico.
Executar técnica de relação de ajuda	13/10/2010 14/10/2010 18/10/2010 21/10/2010	Formal	<p>Alterar o status de Coping para eficaz, através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicitar os problemas e dificuldades; ✓ Diminuir a ansiedade; ✓ Promover a aceitação do estado de saúde; ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções; ✓ Identificar potencialidades de enfrentamento da situação; ✓ Ultrapassar uma experiência/dificuldade/problema; ✓ Potenciar o enfrentar de problemas actuais; ✓ Orientar na busca de soluções; ✓ Avaliar as alternativas.
Executar escuta activa	Em contactos oportunistas	Informal	<p>Alterar o status do Humor para Humor não alterado [eutímico], através de:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuir a ansiedade; ✓ Promover a expressão de sentimentos e emoções;

Tabela 5 – Intervenções de Enfermagem

2.4. Actividades de Avaliação

Vigiar humor	Em todos os turnos	Humor sub-depressivo na maior parte dos turnos, e durante o dia. Socialização breve, quando fora do serviço. Sorrisos espontâneos esporádicos. Olhar distante e fâcies triste a maior parte do tempo.
Aplicar Escala [Escala de Depressão de Hamilton]	21/10/2010	Aplicação da Escala de Depressão de Hamilton em 21/10/2010, resultando em score 7 (Depressão ligeira)
Executar Escuta Activa	Em todos os contactos	Verbalização espontânea de não ter presença dos “pensamentos que levaram ao suicídio”, mantendo a incapacidade de os definir; o utente verbaliza que quer ir de licença de fim-de-semana; o utente não recusa dispensa de fim-de-semana; referência a aumento da certeza de estar bem “para 80%” (sic).
Vigiar ideação suicida	Em todos os turnos	Utente não refere ideação suicida estruturada, nem apresenta sinais de presença de ideação suicida.
Vigiar comportamento [suicida]	Em todos os turnos	Utente não apresenta comportamento suicida.

Tabela 6 – Actividades de Avaliação

2.5. Registos de Enfermagem

Segundo o Manual de Boas Práticas de Enfermagem da Unidade de Internamento de Matosinhos, “a relação de ajuda é um dos elementos fundamentais da prática de enfermagem. Rogers (1983-1943) define a relação de ajuda como «uma situação na qual um dos participantes procura promover numa ou noutra parte, ou em ambas, uma maior apreciação, uma maior expressão e uma utilização mais funcional dos recursos internos latentes do indivíduo».

13.10.2010 – Primeira sessão de Relação de ajuda – fase inicial

Foi iniciado contacto com o utente, e realizada apresentação; realizado quebra-gelo com conversa informal sobre o decurso do dia anterior. Utente verbalizou espontaneamente o motivo pelo qual está internado, e que está renitente em ir a casa de licença no fim-de-semana. Foi estabelecido contrato terapêutico, ao qual o utente aderiu. Acordamos em realizar sessões de

relação de ajuda para desenvolver estratégias de coping relativamente ao regresso a casa em licença de fim-de-semana. Foi acordada primeira sessão para o dia seguinte no turno da manhã.

14.10.2010 – Segunda sessão de Relação de Ajuda – fase intermédia

Utente sem alteração aparente do pensamento, orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente. Foi proactivo na procura de contacto para relação de ajuda. Apresentou-se com discurso coerente, levemente verborreico (contou duas vezes a história circunstancial da tentativa de suicídio). Humor eutímico, apesar de apresentar olhar distante quando fala do passado.

Referiu “não ter receio de ir a casa” (sic), nem “ter medo de A, B ou C” (sic), explicando que não tem receio de ir a casa devido ao confronto com a família ou os vizinhos, mas sim de “relembrar os problemas”; o próprio admitiu de seguida que a maior parte dos problemas já teve entretanto solução.

Foi questionado relativamente à “pior coisa que pode acontecer se for a casa”, respondendo que é “relembrar os problemas” (sic). Não aparentou ideação suicida, mas sim receio do sofrimento psicológico e da angústia. Foi questionado relativamente à “melhor coisa que pode acontecer”, respondendo que é “ter mais liberdade” (sic), porque no serviço se sente “muito controlado” (sic).

Falou do cão, Fofinho, que costumava andar sempre consigo e do qual tem saudades.

Monitorizou a sua certeza de querer ir a casa como 80%. Referiu que precisa de “um empurrãozinho” (sic), embora não tenha conseguido especificar a natureza desta ajuda.

Para finalizar foi sugerido trabalho de casa: pensar em mais aspectos positivos de ir a casa no fim-de-semana, a serem explorados no dia seguinte.

18.10.2010 – Terceira sessão de Relação de ajuda – fase terapêutica

Utente procurou activamente o contacto, apresentando-se comunicativo e motivado para a relação terapêutica. A sessão de relação de ajuda decorreu na sala polivalente, sendo usadas como recursos materiais a mesa, duas cadeiras, uma folha branca A4 e uma caneta. O contacto foi iniciado com um quebra-gelo, sendo abordadas as actividades que o utente tem desempenhado durante o internamento, referindo que se prendem exclusivamente com “passar-tempo e ver televisão” (sic). Utente relatou que abandonou de livre vontade as actividades do Espaço do Utente por “não adiantarem, não ajudarem a resolver os problemas das pessoas” (sic).

Dando início à técnica de relação de ajuda, foi explicado que a folha A4 iria servir de suporte escrito a uma “balança de pós e contras” de ir a casa. Foi dividida em 2 partes, verticalmente, registando-se do lado esquerdo as “Coisas boas de ir a casa” e do lado direito “As coisas menos boas de ir a casa”. O utente foi assistido, primeiramente, a recordar os aspectos que havia referido na sessão anterior, antes de ir de fim-de-semana: como pontos positivos, a “liberdade”, “reencontrar o Fofinho [cão]” e “estar em casa”. Como pontos negativos, citou o “receio dos pensamentos [que levaram ao suicídio] voltarem”.

Numa fase seguinte, pedi ao utente que recordasse o fim-de-semana, e comparasse a realidade de ir a casa com estas expectativas. O utente ditou uma lista de pontos positivos vivenciados durante o fim-de-semana: “Alegria boa/bom ambiente”, “estar com a mulher e as filhas”, “passear com a esposa no Domingo”. Depois, pedi ao utente que explorasse os aspectos menos positivos. Ele citou apenas que “o Fofinho estranhou” a sua presença, e “ver o local”. Por meio de técnica cognitiva, o utente foi assistido a analisar estes últimos aspectos como positivos; assim, o facto de o cão o ter estranhado foi encarado pelo utente como “O Fofinho sentiu a minha falta durante a minha ausência”, e a visão do local do suicídio foi encarado como “Apesar de ter visto o local, os pensamentos não voltaram”.

A partir deste momento o utente conseguiu ainda acrescentar à lista de aspectos positivos “dormiu bem e não pensou em nada” e “a comida da esposa é melhor [do que a do hospital]”.

A “balança de prós e contras” pendeu assim muito para os aspectos positivos.

No final da sessão foi questionado sobre se considerava estas sessões como positivas para enfrentar a sua dificuldade, ao que o utente respondeu que sim, e que “trazer uma folha foi boa ideia, ajuda a visualizar, e ajudou-me bastante” (sic).

Foi proposto um trabalho de casa para a próxima sessão: pensar numa actividade prazerosa para realizar em casa no fim-de-semana, e planear essa actividade; foi explicado que poderia ser algo dentro ou fora de casa, mais activo ou mais passivo, ou meramente uma refeição da sua preferência que só tenha oportunidade de comer no domicílio. Utente aceitou a proposta.

Foi planeada nova sessão para o dia 21.10.2010 e finalizada a sessão.

21.10.2010 – Quarta sessão de Relação de ajuda – fase terapêutica/de manutenção

Utente orientado no tempo e no espaço, auto e alopsiquicamente. Apresentou-se comunicativo, motivado para a relação terapêutica.

Referiu que havia pensado em actividades para fazer no fim-de-semana, mas não as especificou, relatando que a filha mais nova, grávida em final de tempo de gestação, irá provavelmente entrar em trabalho de parto este fim-de-semana. Acrescentou que a filha se deslocou de Vila Real para Matosinhos para ter o bebé no Hospital Pedro Hispano, EPE, e que a sua ida a casa iria depender da entrada ou não da filha em trabalho de parto, na medida em que a esposa poderia ter que prestar cuidados à filha, e não seria conveniente ele ficar sozinho em casa. Pareceu vinculado à neta, tratando-a pelo nome “Leonor”.

Apresentou-se com choro fácil, revivendo a presença do seu próprio pai no nascimento da sua filha mais nova, e referiu que “agora está ele no mesmo lugar” (sic). O seu pai terá falecido em 2009, e o utente refere ter sentido muito a sua perda – processo de luto.

Para si, não ir de fim-de-semana será então uma coisa boa, porque significa que “a neta vai sair cá para fora” (sic).

Refere que gosta de conversar sobre estes assuntos, mas “só com quem se sente à vontade, com os enfermeiros”, apontando como benéficos estes momentos.

Foi aplicada a Escala de Depressão de Hamilton: score 7, que corresponde a depressão ligeira.

2.6. Resultados de Enfermagem

Diagnóstico prévio de Enfermagem	Resultado de Enfermagem sensível aos cuidados prestados
Coping ineficaz	Coping eficaz – O utente revela disposição para gerir o <i>stress</i> relacionado com a ida a casa no fim-de-semana, não percebendo esta actividade como ameaçadora da auto-estima positiva; verbaliza um maior sentimento de controlo, diminuição do <i>stress</i> , verbalização de aceitação da situação, aumento do conforto psicológico.
Depressão, em grau reduzido	<i>Sem alteração do status do fenómeno</i>
Uso de tabaco [cigarros]	<i>Sem alteração do status do fenómeno</i>
Risco de tentativa de suicídio no pós-alta	Termo do diagnóstico. O utente não apresenta comportamento autodestrutivo, nem desempenhou, em casa, actividades auto-iniciadas que levassem à autodestruição, com o objectivo de se matar ou ameaçar fazê-lo.

Tabela 7 – Resultados de Enfermagem

3. ACTIVIDADES INTERDEPENDENTES

Das actividades interdependentes fazem parte as atitudes terapêuticas e actividades decorrentes da prescrição médica de medicação:

- *Administrar medicamento*
- *Vigiar toma de medicamento*
- *Vigiar resposta a medicamento [efeitos secundários]*
- *Vigiar comportamento do utente [cumprimento da licença de fim de semana]*

Medicação utilizada pelo utente:

Fármaco	Via	Dose	Data de início	Data de termo
Domperidona	Oral	10mg	23.09.2010	26.10.2010
Domperidona	Oral	10mg	17.09.2010	23.09.2010

Considerações relevantes³ - Domperidona – antagonista da dopamina, que actua na motilidade gástrica. Indicação para alívio dos sintomas de náuseas, vômitos, sensação de plenitude epigástrica, durante e logo após a refeição, desconforto gástrico e regurgitação do conteúdo gástrico para o esófago. É mais eficaz se for tomado 15 ou 30 minutos antes das refeições e, se necessário, antes de deitar. Surtiu efeito nas alterações gastrointestinais causadas pela sertralina. Utente aderiu à terapêutica.

Sertralina	Oral	150 mg	01.10.2010	06.10.2010
Sertralina	Oral	100mg	17.09.2010	06.10.2010

Considerações relevantes⁴ - Sertralina – antidepressivo/inibidor selectivo da recaptação da serotonina. Indicado no tratamento de episódios depressivos major. Dose máxima terapêutica é de 200mg por dia. Os estudos clínicos realizados em doentes com depressão, mostraram que os efeitos secundários que mais frequentemente ocorreram com a sertralina foram boca seca, diarreia/ fezes moles, dispepsia, tonturas, anorexia, náuseas, tremores, hipersudorese, insónia, sonolência e disfunção sexual, principalmente manifestada por atraso na ejaculação no homem. Foi prescrito para controle sintomático da depressão. Com a sua administração surgiram sintomas gastrointestinais que foram controlados com a domperidona. Utente aderiu à terapêutica.

Lorazepam	Oral	2.5mg	01.10.2010	26.10.2010
Lorazepam	Oral	2.5mg	17.09.2010	

Considerações relevantes⁵ - Lorazepam – benzodiazepina, com efeito ansiolítico, sedativo e hipnótico. Efeitos secundários possíveis e frequentes incluem sedação, sonolência durante o

³ Consultado em www.infarmed.pt.

⁴ Consultado em www.infarmed.pt.

⁵ Consultado em www.infarmed.pt.

dia, confusão emocional, capacidade de reacção diminuída, confusão, fadiga, tonturas/vertigens, dores de cabeça, fraqueza, náuseas, prisão de ventre, dificuldades de memória, tremores, depressão, falta de equilíbrio e/ou quedas. Destas, o utente apresentou fadiga. Utente aderiu à terapêutica.

Quetiapina de libertação prolongada	Oral	50mg	01.10.2010	26.10.2010
-------------------------------------	------	------	------------	------------

Considerações relevantes⁶ - Quetiapina de libertação prolongada – antipsicótico. Efeitos secundários frequentes incluem tonturas, sonolência (que pode desaparecer com a continuação do tratamento), dores de cabeça, batimentos cardíacos mais rápidos, boca seca, obstipação, indigestão, sensação de fraqueza, inchaço dos braços e pernas, aumento de peso, desmaios, nariz entupido, pressão arterial baixa quando se está de pé. Destes, foram reportados pelo utente a sensação de fraqueza, cefaleias e obstipação. Utente aderiu à terapêutica.

Trazodona	Oral	50mg	06.10.2010	08.10.2010
Trazodona	Oral	100mg	08.10.2010	26.10.2010

Considerações relevantes⁷ - Trazodona – Antidepressivo, indicado para o tratamento da depressão associada ou não a estados de ansiedade. Sintomas secundários incluem insónia, cefaleias, astenia, vertigens, estado de confusão, tremor, hipotensão, taquicardia, bradicardia, arritmia cardíaca, diminuição da concentração, convulsões e muito raramente alterações do nível das transaminases. Utente apresentou cefaleias e astenia, estando genericamente normotenso e normocárdico durante o internamento. Utente aderiu à terapêutica.

Paracetamol	Oral	1000mg	17.09.2010
-------------	------	--------	------------

Considerações relevantes⁸ - Paracetamol – Analgésico e antipirético. Usado para controle sintomático das cefaleias causadas presumivelmente pela administração de quetiapina, e da dor do braço esquerdo (que surgiu como sequela do esfaqueamento) surtindo efeito positivo. Utente aderiu à terapêutica.

Hidróxido de Magnésio	Oral	1 saqueta em SOS	17.09.2010
-----------------------	------	------------------	------------

Considerações relevantes⁹ - Hidróxido de Magnésio – Laxante. Usado para controle sintomático da obstipação causada presumivelmente pela administração de quetiapina, surtindo efeito positivo quando usada em SOS. Utente aderiu à terapêutica.

Omeprazol	Oral	20mg	17.09.2010
-----------	------	------	------------

Considerações relevantes¹⁰ - Omeprazol – Antiácidos e antiulcerosos; modificadores da secreção gástrica; Inibidores da bomba de protões. Com indicação para dispepsia, referida pelo utente, provavelmente na sequência de polimedicção. Utente aderiu à terapêutica.

Acetilcisteína	Oral	600mg	17.09.2010
----------------	------	-------	------------

Considerações relevantes¹¹ - Acetilcisteína – Expectorante; Adjuvante mucolítico do

⁶ Consultado em www.infarmed.pt.

⁷ Consultado em www.infarmed.pt.

⁸ Consultado em www.infarmed.pt.

⁹ Consultado em www.infarmed.pt.

¹⁰ Consultado em www.infarmed.pt.

tratamento antibacteriano das infecções respiratórias, em presença de hipersecreção brônquica. Instituído na sequência de traumatismo da traqueia por autoflagelação e consequente infecção das vias aéreas superiores. Utente aderiu à terapêutica.

Losartan + Hidroclorotiazida	Oral	100 + 25mg	20.09.2010	26.10.2010
---------------------------------	------	------------	------------	------------

Considerações relevantes¹² - Losartan + Hidroclorotiazida – O Losartan + Hidroclorotiazida é uma associação de duas substâncias activas, o losartan (um bloqueador da angiotensina II, substância responsável pelo estreitamento dos vasos sanguíneos, pelo que o losartan provoca o relaxamento dos vasos) e a hidroclorotiazida (um diurético, ou seja, uma substância que é responsável por fazer os rins eliminarem uma maior quantidade de água e sal). Em conjunto, estas duas substâncias, ajudam a reduzir a pressão arterial elevada. Instituído por história pessoal de hipertensão arterial. Utente apresentou-se genericamente normotenso durante o internamento. Utente aderiu à terapêutica.

Tabela 8 – Medicação

Atitudes terapêuticas prescritas:

08.10.2010 - Licença de fim-de-semana – utente recusou ir a casa

17.10.2010 - Licença de fim-de-semana – utente aderiu, e cumpriu data de regresso

24.10.2010 - Licença de fim-de-semana – utente aderiu, e cumpriu data de regresso

¹¹ Consultado em www.infarmed.pt.

¹² Consultado em www.infarmed.pt.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em conta a colheita inicial de dados, o juízo feito relativamente aos diversos focos de atenção de Enfermagem, e os Diagnósticos de Enfermagem daí emergentes, foram propostas intervenções que assentam sobretudo em métodos cognitivo-comportamentais. Segundo SEQUEIRA (2002), “a terapia cognitiva (do latim, cogito: eu penso) é baseada no princípio de que o pensamento influencia as emoções, de modo que a depressão, a ansiedade e outros sintomas surgem de ou são perpetuados por crenças e padrões de raciocínio errados”. Acrescenta que “o objectivo da terapia é identificar os pensamentos automáticos negativos, que parecem contribuir para os sintomas e encorajar o paciente a reconsiderá-los à luz da evidência e tentar pontos de vista e padrões de comportamento alternativos. Este processo deve conduzir a uma melhor compreensão dos sintomas e a um maior controlo sobre eles. Para alguns pacientes, a exploração de imagens visuais é uma boa variante desta técnica.” (SEQUEIRA, 2002).

Ainda segundo o mesmo autor, as componentes deste tipo de terapia incluem técnicas cognitivas, como questionar pensamentos automáticos negativos; técnicas de distração para afastar a atenção do paciente dos pensamentos negativos; e técnicas comportamentais – das quais são exemplo a marcação de actividades, como planear experiências ou actividades agradáveis.

A técnica pela qual optei, a relação de ajuda, assenta essencialmente numa técnica cognitiva, tendo utilizado o método da “balança de pós e contras”, em que o utente foi assistido a identificar os aspectos positivos e negativos de ir a casa no fim-de-semana. Pretendi com a implementação desta técnica que o utente fosse capaz de identificar aspectos positivos, e de trabalhar cognitivamente os aspectos negativos, de modo a serem também considerados como bons. Do confronto com uma listagem de aspectos benéficos, em contradição com poucos ou nenhuns aspectos desfavoráveis, esperava que o utente passasse a considerar a licença de fim-de-semana como algo positivo para a sua recuperação, superando a resistência que havia demonstrado nas duas semanas anteriores. A concentração nos aspectos positivos teria então um efeito de activação de estratégias de enfrentamento do receio de ir a casa. Na verdade, o utente esteve motivado desde o início para a relação terapêutica, e aderiu à técnica, sendo capaz de nomear os aspectos pedidos. Foi também assistido a trabalhar os aspectos negativos de modo a considerá-los como positivos por alteração do referencial de

observação. Finalmente o próprio utente considerou como benéfica a intervenção, referindo que “ajudou bastante a visualizar” (sic). O juízo diagnóstico do foco de atenção relacionado com o Coping [ineficaz] foi alterado, tendo em conta que o utente conseguiu ir a casa em dois fins de semanas consecutivos, referindo aspectos positivos e a ausência de ocorrências negativas, passando assim a Coping eficaz. Considero assim ter obtido ganhos em saúde com técnicas cognitivas.

Relativamente à aplicação de uma técnica comportamental, concretizada num trabalho de casa prescrito (o de planear uma actividade prazerosa para implementar no fim de semana seguinte à sessão do dia 18/10), não considero ter obtido ganhos, uma vez que o utente não aderiu à mesma, sendo incapaz de nomear e planear tal actividade.

Foram limitações deste estudo o pouco tempo de contacto com o utente, proporcionado não só pela frequência de apenas 4 turnos por semana na Unidade de Internamento, mas também pela sua alta clínica. Por outro lado valorizei o diagnóstico de coping ineficaz, por considerar que, aproximando-se a alta médica, seria aquele cuja alteração do status proporcionaria uma melhor preparação para a alta. Assim, não foram obtidos ganhos em saúde noutros diagnósticos, pois não se implementaram intervenções específicas com integridade referencial para os mesmos.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo pretendeu analisar o caso de um utente do sexo masculino internado na Unidade de Internamento de Matosinhos do Hospital de Magalhães Lemos, acompanhado no período de 13 a 21 de Outubro de 2010.

Dos dados apresentados, posso concluir que houve um contributo positivo das técnicas cognitivas utilizadas, nomeadamente a relação de ajuda, nas estratégias de coping utilizadas pelo utente. No entanto, quando analisado o efeito duma abordagem comportamental, ainda que breve, esta não obteve ganhos em saúde, pois o utente não aderiu à mesma.

Realço que nenhuma destas intervenções teve um efeito isolado, mas sim pertenceu a uma sinergia de intervenções da equipa de saúde, pelo que os ganhos poderão ser apenas um reflexo das diversas intervenções (médicas/medicamentosas, e de enfermagem, quer autónomas, quer interdisciplinares), pelo que nada posso concluir quanto à validade interna e fidelidade do presente estudo.

No entanto, e fazendo uma análise não generalizante mas puramente casuística, os dados revelam que o utente reconheceu a importância das intervenções autónomas de enfermagem, referindo que estas foram de grande ajuda no desenvolvimento de estratégias pessoais de combate ao stress causado pela ida a casa no fim-de-semana. Concluo assim que estas intervenções, nomeadamente a técnica de relação de ajuda, foram importantes para a preparação para a alta deste utente.

6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Cidália, *et.al.* – *Estudo de Caso*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia. Janeiro de 2008.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005. ISBN: 92-95040-36-8.

SEQUEIRA, Carlos – *Manual – Saúde Mental e Psiquiatria*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João, 2002.

UNIDADE INTERNAMENTO MATOSINHOS, Hospital Magalhães Lemos, EPE –
Procedimento: *Manual de Boas Práticas de Enfermagem*. CÓDIGO: PRO.006.MAT
EDIÇÃO Nº: 001 REVISÃO Nº: 002 DATA DE HOMOLOGAÇÃO 27/05/2010.

ANEXO 1 – Material utilizado na terceira sessão de relação de ajuda (réplica)

18/10/2010

+

- + liberdade
- + reencontrar o Fofinho
- + estar em casa

- + alegria boa / bom ambiente
- + estar com a mulher e com as filhas
- + passear com a esposa no Domingo
- + o Fofinho sentiu a sua falta
- + os pensamentos não voltaram
- + dormiu bem e não pensou em nada
- + comida da esposa é melhor (teve apetite)

-

- receio dos pensamentos voltarem

- O Fofinho estranhou...

- Ver o local

01/10/2010

- + vai ter uma netinha (Leonor)
- + vai ter a filha mais nova em casa

ANEXO XI

TÉCNICA DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA



CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO

↳ Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

TÉCNICA DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA

UNIDADE DE INTERNAMENTO DE MATOSINHOS

Porto, Novembro de 2010



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
L Instituto de Ciências da Saúde

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

TÉCNICA DE RELAXAMENTO
POR IMAGINAÇÃO GUIADA

UNIDADE DE INTERNAMENTO DE MATOSINHOS

Trabalho realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem
com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Universidade Católica Portuguesa
– Módulo de Intervenção na Crise de Adultos

Docentes: Enf.^a Especialista Aida Fernandes
Enf.^a Especialista Emília Preciosa Carvalho

Turoras: Enf. Chefe Ana Neto
Enf.^a Especialista Anabela

Discentes: Enf.^a Rita Durães
Enf.^a Susana Martinho

Porto, Novembro de 2010

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1. TÉCNICA DE RELAXAMENTO	11
2. IMAGINAÇÃO GUIADA	13
3. METODOLOGIA	15
3.1. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	15
3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	15
3.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	16
3.4. NÚMERO DE SESSÕES	17
3.5. DURAÇÃO	17
3.6. NÚMERO DE PARTICIPANTES	17
3.7. FREQUÊNCIA	17
3.8. TURNO	17
3.9. RECURSOS	17
3.10. OBJECTIVOS	17
3.11. PROCEDIMENTO	18
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS	21

ANEXOS

Anexo I – Guiões para Técnica de Relaxamento por Imaginação Guiada

- Guião 1
- Guião 2 – A praia
- Guião 3 – A floresta
- Guião 4 – O mar
- Guião 5 – O rio
- Guião 6 – A ilha

Anexo II – Escalas utilizadas para avaliação diagnóstica e de resultados

- Escala de Depressão de Hamilton
- Indicador NOC: Autocontrolo Ansiedade
- Indicador NOC: Equilíbrio do Humor
- Régua da dor

ÍNDICE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

EPE – Entidade Público-Empresarial

NOC – Nanda Outcomes Classification

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no contexto da Unidade Curricular Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Universidade Católica Portuguesa, 2009-2011.

Concretiza a resposta a uma necessidade expressa pela equipa de enfermagem da Unidade de Internamento de Matosinhos do Hospital de Magalhães Lemos, EPE, onde decorre o segundo Módulo de Estágio. Este Módulo tem como objectivo central o desenvolvimento de competências especializadas na intervenção na crise em adultos.

Neste contexto, o presente trabalho tem como objectivo principal a operacionalização da Técnica de Relaxamento por Imaginação Guiada, tendo como destinatários os enfermeiros do referido serviço.

O trabalho será dividido em diferentes partes. Irá iniciar-se com uma abordagem sobre o relaxamento e seus efeitos no adulto, seguida duma especificação relativamente à técnica concreta da imaginação guiada. Ambos os capítulos consistem na fundamentação teórica de suporte à implementação da técnica.

Seguidamente será apresentada a operacionalização da técnica de imaginação guiada, tal como esta foi pensada para ser aplicada na Unidade de Internamento de Matosinhos, tendo em conta a designação da técnica em linguagem classificada, os seus critérios de inclusão e exclusão, o número de sessões preconizado, a duração prevista para cada sessão, o número de participantes, a frequência de aplicação, o turno preferencial para a sua implementação, os recursos necessários e os principais objectivos.

Apresenta-se igualmente uma proposta de procedimento, que permitirá a implementação sistemática.

Finalmente serão tomadas conclusões da elaboração desta operacionalização da técnica, e apresentados em anexo os guiões propostos para a sua aplicação.

Esperamos deste trabalho que vá ao encontro da necessidade sentida pela equipa de enfermagem, ajudando na persecução de ganhos em saúde nos utentes internados.

1. TÉCNICA DE RELAXAMENTO

As técnicas de relaxamento são técnicas que utilizam processos físicos e exercícios psicológicos com o intuito de gerir situações stressantes, e de induzir um estado de consciência caracterizado por sentimentos de paz, com diminuição da intensidade da ansiedade, medo e tensão muscular. Entre os diversos exercícios que se podem utilizar para obter relaxamento, contam-se os exercícios respiratórios, os exercícios musculares, e as técnicas de visualização, meditação e autoconsciencialização, podendo cada técnica utilizar vários destes exercícios combinados.

Quer-se destas técnicas que sejam de fácil aprendizagem e aplicação, não exijam conhecimentos especializados do terapeuta, não necessitem de equipamento especializado, e sejam passíveis de serem utilizadas em pequenos grupos, abrangentes a todas as faixas etárias.

O relaxamento poderá, assim, ser dividido em dois tipos fundamentais: o relaxamento profundo e o relaxamento superficial. No primeiro, o efeito é de grande amplitude, devendo ser executado em ambiente calmo com o paciente deitado. No segundo, o efeito é imediato, nos indivíduos e situações stressantes, o seu objectivo é o de libertar rapidamente o excesso de tensão, podendo ser executado no dia-a-dia.

As técnicas de relaxamento profundo e superficial podem ainda ser divididas em duas categorias, consoante são utilizados métodos físicos ou psicológicos.

Segundo SEQUEIRA (2002), o treino de relaxamento pode ser “usado numa variedade de problemas, principalmente para gerir a ansiedade”. Acrescenta que “esta é uma perícia que se adquire gradualmente, que pode ser ensinada individualmente ou em grupo, ou com a ajuda de meios audiovisuais” (SEQUEIRA, 2002).

Ainda segundo o mesmo autor, estas técnicas têm como indicações gerais: o “controlo do stress (vida moderna); o controlo de processos dolorosos; o controlo do ritmo respiratório e cardíaco ligados ao stress, a preparação para o parto, crises de asma, úlceras. gástricas e outros problemas psicossomáticos (originadas pelo medo e insegurança), a resolução de problemas da função sexual (pelo controlo da ansiedade)”, e outras situações da área da saúde mental, como a “gaguez , a insónia , as neuroses fóbicas, as neuroses ansiosas, e as neuroses obsessivo- compulsivas “ (SEQUEIRA, 2002).

Por outro lado, a sua aplicação será ineficaz em situações de “crises agudas de ansiedade, depressão e surtos psicóticos “ (SEQUEIRA, 2002). Dever-se-à ainda evitar a implementação

destas técnicas em utentes que não estejam motivados para a mesma, sob risco de compromisso de um ambiente propício ao relaxamento dos restantes participantes.

Têm como objectivos gerais proteger os órgãos do desgaste diário, nomeadamente o stress, e de patologias com este relacionadas (asma, cefaleias, hipertensão arterial, insónia, pânico, deficiências imunológicas...), e ainda acalmar o pensamento e torná-lo positivo.

Para a sua implementação é importante que o Enfermeiro possua formação e treino de técnicas de relaxamento, apresente uma postura adequada, com simpatia, tom de voz adaptado, e dicção clara, e explique aos utentes os objectivos do relaxamento e o que a pessoa pode sentir durante a sessão.

Deverá ainda gerir o ambiente de forma a otimizar o efeito de relaxamento, garantindo um local calmo, arejado e acolhedor, com o chão protegido, e música ambiente. Não deverá permitir a assistência, excepto em sessões de carácter formativo.

2. IMAGINAÇÃO GUIADA

Também designada por vezes de Visualização, a Imaginação Guiada tem sido descrita como “o uso de sons e imagens mentais da nossa imaginação, para nos sentirmos bem e diminuir os nossos medos; a imaginação guiada ajuda a desviar a atenção do desconforto físico e psicológico e a manter a concentração em imagens agradáveis” (Williams, Davies, Griffith, 2009).

O relaxamento por imaginação guiada consiste na representação mental de um acontecimento, de um objecto ou de uma sensação, na ausência dos mesmos, com o objectivo de tranquilizar e relaxar a pessoa.

Segundo Tusek e Cwynar (2000), citados por Louie (2004), o relaxamento por imaginação guiada é uma intervenção corpo-mente, com o objectivo de aliviar o stress e promover uma sensação de paz e tranquilidade. É, assim, um processo de integrar o poder da mente para relaxar e do corpo para curar, através de uma comunicação interior envolvendo todos os sentidos (visão, toque, cheiro, percepção e som).

Em 1977, Bernstein e Barkovec referem, citados por Louie (2004), que o treino de relaxamento é eficaz na redução da tensão subjectiva, tendo efeito numa variedade de processos fisiológicos; a resposta do corpo consiste na activação do sistema nervoso parassimpático, que por sua vez diminui a pressão arterial e a frequência cardíaca, produz uma respiração mais lenta e profunda, e ajuda a relaxar a musculatura esquelética.

Hoffart e Keene (1998), citados por Louie (2004) produziram também evidência de que a imaginação guiada pode incrementar o nível plasmático de endorfinas, aumentando a capacidade de relaxamento. Por serem substâncias naturalmente analgésicas, a imaginação guiada tem sido referida como sendo igualmente eficaz no alívio da dor subjectiva (redução significativa da dor, como referido por Bray, 1986; Lawlis, 1985; Tusek e col., 1997; e da cefaleia de tensão, como referido por Larrson e Carlsson, 1996; Mannix e col., 1999 – todos citados por Louie (2004).

3. METODOLOGIA

3.1. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM:

A seguinte nomenclatura baseia-se na linguagem classificada Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão beta 2, em uso na aplicação Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), utilizado na Unidade de Internamento de Matosinhos.

Assim, a implementação da técnica poderá ser nomeada como:

Executar técnica de imaginação guiada

Instruir técnica de imaginação guiada

3.2. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram utilizados para critérios de inclusão os Focos de Atenção e Diagnósticos de Enfermagem constantes da aplicação SAPE:

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO DO FOCO (CIPE VERSÃO BETA 2)	AVALIAÇÃO
Utentes com diagnóstico de Humor alterado	Humor é um tipo Emoção com as características específicas: níveis de sentimentos e tonalidades emocionais.	Aplicar Escala de Hamilton para a Depressão Aplicar Indicador NOC: Equilíbrio do Humor
Utentes com diagnóstico de Insónia inicial presente	Insónia é um tipo de Sono com as características específicas: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar do posicionamento confortável num ambiente agradável; espertina, falta de sono; frequentemente associada a factores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas.	Vigiar sono
Utentes com diagnóstico de Dor	Dor é um tipo de Sensação com as características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tono muscular, variação da apatia à rigidez, comportamento autoprotector,	Aplicar Escala de faces da dor

	<p>estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, compromisso do processo de pensamento, comportamento de distração marcado por gemidos, choro, andar a passos largos, procurar sem descanso outras pessoas ou actividades; as sensações de dor relacionam-se com a duração da dor; o aparecimento súbito da sensação de dor associado a lesão aguda dos tecido é marcado por respostas automáticas como a subida da pressão arterial, pulso, respiração, transpiração, suores frios, piloerecção e palidez, acompanhada por tensão muscular, perda de apetite e ansiedade; as sensações de dor aguda são autolimitadas e funcionam como um mecanismo de protecção para levar a vítima a fugir ou a retirar-se da origem da dor para evitar um mal maior; a dor aguda é habitualmente referida como uma sensação aguda e intensa de facada, impacto ou tormento; as sensações de dor permanente, constante ou recorrente, não são acompanhadas de respostas automáticas; a dor crónica é normalmente referida como embutada, incomodativa, surda assustadora ou insuportável; pode estar associada a dificuldades no sono, irritabilidade, depressão, isolamento, desespero e desamparo.</p>	
<p>Utentes com diagnóstico de Autocontrolo Ansiedade: ineficaz</p>	<p>Auto Controlo: Ansiedade é um tipo de Auto Controlo com as características específicas: disposições tomadas para dominar em si próprio os sentimentos de ansiedade pela eliminação e redução da tensão resultante de fontes não identificadas.</p>	<p>Aplicar Indicador NOC – Autocontrolo ansiedade</p>

3.3. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Foram utilizados para critérios de exclusão os Focos de Atenção e Diagnósticos de Enfermagem constantes da aplicação SAPE:

Assim, são critérios de exclusão para a técnica de relaxamento:

- ✓ Utentes com risco de hipotensão
- ✓ Medo presente [do relaxamento]
- ✓ Não-adesão à técnica de relaxamento por imaginação guiada
- ✓ Confusão presente
- ✓ Atenção diminuída

São ainda considerados factores de exclusão:

- ✓ Utentes com fobia ou aversão a um dos elementos que compõem o cenário imaginário
- ✓ Presença de sintomas psicóticos em fase aguda (alterações vestigiais do pensamento não constituem factor de exclusão)
- ✓ Debilidade intelectual marcada

A selecção criteriosa dos utentes é da responsabilidade do enfermeiro, devendo ter em conta o processo de enfermagem de cada um, a eventual aplicação de escalas dianósticas e de avaliação, mas também a sua sensibilidade. Assim, pontualmente poderão ser incluídos ou excluídos utentes que não obedeçam necessariamente aos critérios expostos, sempre que a sua inclusão/exclusão não comprometa o sucesso da intervenção ou os seus ganhos em saúde.

3.4. Nº DE SESSÕES: 1

3.5. DURAÇÃO: 30 minutos por sessão

3.6. NÚMERO DE PARTICIPANTES: de 3 a 6 participantes

3.7. FREQUÊNCIA: 1 vez por semana, às quintas-feiras

3.8. TURNO: Tarde

3.9. MATERIAL NECESSÁRIO:

- ✓ Colchões ou cadeiras
- ✓ Cd's com música de relaxamento (sons da natureza)
- ✓ Lençóis
- ✓ Aromas (facultativo)

3.10. OBJECTIVOS:

São objectivos da técnica de relaxamento por imaginação guiada:

- ✓ Promover o bem-estar
- ✓ Diminuir a ansiedade
- ✓ Promover o [relaxamento]
- ✓ Promover a melhoria do humor
- ✓ Diminuir a insónia e o cansaço
- ✓ Motivar para a importância do relaxamento

- ✓ Prevenir [doenças psicossomáticas, tais como: hipertensão arterial, úlceras gastroduodenais, cefaleias, entre outras]
- ✓ Promover a propriocepção

3.11. PROCEDIMENTO:

ACTIVIDADE ASSOCIADA	ESPECIFICAÇÕES
Gerir ambiente [organizar a sala]	<ul style="list-style-type: none"> - Remover mobiliário de modo a proporcionar espaço; - Dispor os colchões no centro, e as cadeiras em redor dos mesmos. - Diminuir ruídos externos (fechar a porta e janelas, desligar o rádio se necessário); - Diminuir luminosidade (cerrar as cortinas das janelas, colocar cortina escura na porta); - A temperatura do ar deve ser amena; - Escolher um som ambiente agradável e adequado ao guião utilizado; - Acender as velas;
Motivar as pessoas [utentes]	Promover a adesão dos utentes com critérios de inclusão na actividade.
Executar técnica de Imaginação Guiada	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar dinâmica e objectivos da actividade aos participantes, enquanto sentados nas cadeiras; - Convidar os utentes a deitarem-se, instruindo-os a: <p>Adoptar uma posição confortável, deitado de barriga para cima com os braços estendidos paralelamente ao corpo, e com as pernas descruzadas, e uma almofada a apoiar o pescoço</p> <ul style="list-style-type: none"> – assistí-los se necessário; - Incentivar os utentes a tentarem manter-se o mais imóveis possíveis durante a actividade; - Incentivar os utentes a manterem os olhos fechados; - Aconselhar a respiração abdominal; - Iniciar técnica de relaxamento falando calma, suave e pausadamente, e utilizando um dos guiões em anexo. - Finalizar convidando-os a retomarem a posição de sentados nas cadeiras.
Avaliar a sessão	Cada utente é convidado a dizer como se sentiu durante a actividade; é discutida a eficácia da técnica.

4. CONCLUSÃO

A operacionalização da técnica de relaxamento por imaginação guiada que aqui se apresentou surgiu como resposta a uma necessidade expressa pela equipa de enfermagem da Unidade de Internamento de Matosinhos do Hospital de Magalhães Lemos, EPE. No referido serviço desenvolve-se o segundo Módulo de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, na Universidade Católica Portuguesa, 2009-2011, pelo que o presente trabalho consistiu também um meio de desenvolvimento de competências de intervenção em crise de adultos.

O trabalho foi dividido em diferentes partes que se iniciaram numa abordagem geral sobre o relaxamento e seus efeitos, seguida duma especificação relativamente à técnica concreta da imaginação guiada, e sua operacionalização.

Tendo tido como objectivo principal a operacionalização da Técnica de Relaxamento por Imaginação Guiada, para ser implementada sistematicamente pela equipa de enfermagem, o desenvolvimento deste trabalho apresentou-se como exigente do ponto de vista científico. Muito há a dizer sobre as técnicas de relaxamento, mas deparamo-nos com a dificuldade de a literatura científica existente sobre o tema ser pobre, muitas vezes pouco fundamentada, e não operacional.

Por esta mesma razão, compreendemos que o nosso contributo é um trabalho em constante desenvolvimento, pois a sua aplicação prática, os resultados que daí advierem, e os respectivos ganhos ou perdas em saúde, irão ajudar a realizar o devido ajuste àquelas que são as reais condições do serviço.

5. REFERÊNCIAS

CABETE, Dulce Aspar; CAVALEIRO, Ana Margarida; PINTEUS, Maria Teresa – *Visualização: Uma intervenção possível em psicologia da saúde*. S.l.: Análise Psicológica, 2003. 2(XXI): 195-200.

CLEMENTE, Vanda – *Como tratar os doentes com insónia crónica? O contributo da Psicologia Clínica*. S.l.: Revista Portuguesa de Clínica Geral, 2006; 22: 635-644.

DEPRESSION ADVICE LINE - *The Depression Self Help Plan: Session (4) Relaxation Training*. Depression Advice Line, 2008.

PORTUGAL; Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde - *Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003*.

SAÇA, Carla Simões *et al* – *A dor como 5º sinal vital: atuação da equipe de enfermagem no hospital privado com gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)*. São Paulo: Journal of Health Sciences Institute, 2010; 28(1): 35-41.

SEQUEIRA, Carlos – *Manual – Saúde Mental e Psiquiatria*. Porto: Escola Superior de Enfermagem de São João, 2002.

UNIDADE INTERNAMENTO MATOSINHOS, Hospital Magalhães Lemos, EPE – Procedimento: *Manual de Boas Práticas de Enfermagem*. CÓDIGO: **PRO.006.MAT** EDIÇÃO Nº: **001** REVISÃO Nº: **002** DATA DE HOMOLOGAÇÃO **27/05/2010**.

WILLIAMS, A.M.; DAVIES, A; GRIFFITHS, G. - *Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: Preliminary development of clinical practice guidelines*. International Journal of Nursing Practice: 2009. 15: 145-155.

ANEXOS

ANEXO I

GUIÕES PARA TÉCNICA DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA

GUIÃO PARA TÉCNICA DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA 1

“Concentre-se na sua respiração. [pausa]... Sinta que a sua respiração é suave, regular, e profunda. [pausa]... Este é o caminho para dentro de si. A cada respiração deixe-se ir mais fundo, mais fundo, mais e mais fundo, entrando num estado de relaxamento e tranquilidade.

Relaxe e sinta a paz dentro de si [pausa]... Liberte a sua mente de todos os pensamentos negativos que perturbam a sua tranquilidade. Liberte-se de todas as preocupações e influências do mundo exterior [pausa].

Enquanto respira, relaxe todos os seus músculos: os músculos da face e da boca, os músculos do pescoço e dos ombros, relaxando completamente os músculos das costas, dos braços, e os músculos da barriga, para que a sua respiração fique mais profunda, regular, relaxada, e serena [pausa]...

Por fim, relaxe os músculos das pernas, relaxando completamente todo o seu corpo, sentindo-se leve, num estado de serenidade e paz [pausa]... Agora a sua respiração é totalmente suave, [pausa]...relaxada [pausa]... em paz [pausa]... e todos os seus músculos se encontram relaxados[pausa]... Continuem a escutar a música, enquanto mantêm este estado de relaxamento...

[pausa de 5 minutos]

Lentamente, vão começar a despertar... vão prestar mais atenção aos sons ambientes, à música... prestar mais atenção à minha voz...[pausa]... lentamente vão começar a prestar mais atenção ao corpo, começando a sentir os membros, a cara, as costas, ao abdómen e o tórax..

[pausa]...

Lentamente, comece a abrir os olhos. Conte lentamente até 5, e levante-se, lentamente.”

Avaliar a actividade

Solicitar a cada elemento do grupo que faça a sua apreciação da mesma, descrevendo como se sentiram ao longo da sessão: aspectos positivos e negativos e as maiores dificuldades.

GUIÃO PARA TÉCNICA DE RELAXAMENTO POR IMAGINAÇÃO GUIADA 2

NA PRAIA

“Procure respirar suavemente, de forma regular e profunda. Feche os olhos suavemente.

Está a caminhar numa praia, o mar está calmo, o sol emana uma luz e um calor agradável, relaxante... Sente-se cansado e resolve deitar-se na areia a descansar um pouco... De olhos fechados e com o sol a aquecer-lhe o rosto sente-se tranquilo... extremamente relaxado...

Começa a sentir o corpo pesado, as pernas estão tão pesadas que mesmo que tentasse levantá-las não seria capaz... Os seus braços estão pesados, muito pesados que não é capaz de levantá-los do chão. Sente-se preso ao chão, muito cansado... O mar calmamente vai chegando perto de si, molhando delicadamente os seus pés, as pernas, os seus braços... até que começa a boiar à superfície daquele mar calmo, e levado pela suave corrente o seu corpo deixa de ter peso, aquele peso que o fazia estar colado ao chão...

A boiar naquela imensidão azul o dia vai declinando e anoitece. Agora é a luz da lua que banha o seu rosto... o único ruído que ouve é o ondular suave do mar e ao longe o som despreocupado dos golfinhos que mergulham alegremente.

A sua respiração é suave e calma e o seu corpo é leve como uma pena boiando na superfície líquida... O tempo passa e a corrente vai arrastando o seu corpo levemente... já se sentem os primeiros raios de sol a aquecerem delicadamente o seu corpo, está a amanhecer...

O mar leva-o devagarinho até à praia e deixa-o sobre a areia fina à beira mar... continua de olhos fechados a dormir suavemente e à medida que o sol vai aquecendo mais o seu rosto...

Começa a despertar...

Fechem os olhos e cada um concentre a atenção em si próprio.

Sintam a respiração tranquila e sigam a sua ordem natural: inspirar... expirar...

[pausa de 1 minuto] Agora sintam o peso dos vossos pés, apoiados sobre o chão

[breve pausa] Também as pernas começam a ficar pesadas, relaxadas...

[breve pausa] Agora, sintam o peso da bacia ...

[breve pausa] *Também a coluna e o peito estão relaxados...*

[breve pausa] *As costas estão relaxadas...*

[breve pausa] *Sintam todo o vosso corpo calmo e relaxado... A respiração é fluida e profunda... Inspirar... Expirar... Inspirar... Expirar... Agora que estou tão calmo, olho em redor...*

[breve pausa] *Estou num sítio tranquilo, calmo e sinto-me bem...*

[breve pausa] *Ao longe vejo as nuvens e uma delas voa para mim...*

[breve pausa] *Subo para cima dela, é muito fofa e sinto-me seguro... não tenho medo de nada...*

[breve pausa] *Enquanto voo pela nuvem olho e vejo coisas belas... respiro fundo e sinto-me bem...*

[breve pausa] *Sinto o vento na minha cara, sorrio, sinto-me cada vez mais calmo... cada vez mais em paz...*

[breve pausa] *Começo a olhar em volta... a nuvem caminha para o local de onde parti...*

[breve pausa] *Sinto-me tão bem e calmo... Sinto-me bem...*

[breve pausa] *Cheguei a onde parti e desço da nuvem... ela voa para longe... mas eu continuo a sentir a leveza e a paz que ela me causou...*

[breve pausa] *Começo a sentir de novo a respiração tranquila e sigo a sua ordem natural: inspirar...expirar...*

[pausa de um minuto] *Sinto-me muito bem... sei que quando voltar a abrir os olhos a sensação de calma se vai manter... inspiro... expiro... inspiro... expiro...*

[breve pausa] *Sinto-me a acordar... vou abrir os olhos sem pressa, mover lentamente as mãos... e os pés... espreguiço-me como se estivesse a acordar...*

[breve pausa] *Inspiro e expiro... acordei e sinto-me bem."*

Guião para Técnica de Relaxamento por imaginação Guiada 3

A FLORESTA

“Imagine-se a passear sozinho num bosque... Olhe à sua volta, contemple as árvores, as flores, o perfume da mata... Veja as nuvens brancas que passam vagarosamente... à sua frente veja um relvado... tire os sapatos e ande descalço pela relva... sinta os seus pés molhados suavemente pelo orvalho da manhã...

Pare!... Ouça o canto dos pássaros nas árvores... o vento que sopra suavemente as folhagens... Observe e ouça com calma todos os ruídos que o rodeiam...

Caminhe mais um pouco e veja a linda cascata que cai da pequena montanha que está mais ao fundo... ouça o bater da água contra as pedras... Suba suavemente pelo caminho que se estende até ela... caminhe... observe as flores, sinta o perfume exalado por elas... caminhe... até chegar perto da cascata... repare no lindo lago que ela forma... sente-se numa pedra e deixe que a água molhe suavemente o seu corpo... relaxe... Agora, deite-se na relva... descanse... o sol fá-lo sentir um calor agradável... cada vez mais quente... levante-se lentamente e caminhe com calma até perto da água... ela é límpida e revigora...

Neste momento sente-se relaxado... mais nada o incomoda... sente-se leve... em paz... Calmamente saia da água e volte a descansar sobre a relva... sem nada que o preocupe...

Quando se sentir completamente bem vá abrindo os olhos... espreguice-se... e repare como está a sentir-se bem...”

Guião para Técnica de Relaxamento por imaginação Guiada 4

O MAR

“Imagine-se à beira mar, numa praia, onde caminha descalço na areia macia e quente... O sol brilha e aquece agradavelmente o seu corpo... Há uma brisa suave que acaricia o rosto... No ar, um ténue cheiro de mato misturado com maresia... No céu, poucas nuvens brancas e um bando de gaivotas voando preguiçosas, suavemente contra o vento brando.

Continue a caminhar, desfrutando a carícia da brisa perfumada ni corpo e na areia quente sob os pés... Perceba como é agradável ouvir o som das ondas... Agora deite-se na areia morna e macia... relaxe... deixe a sua vista perder-se sobre as ondas... ouça o rumor do mar, fique profundamente entretido... Vá observando as ondas... tudo está tão agradável, tão tranquilo, que esquece do mundo...

Observe o mar... é noite! E a lua está a começar a surgir no horizonte. Observe como o brilho se reflecte na água iluminando-a... Agora o mar está agitado mas com calma consegue serenar as águas turbulentas... imponha-se ao mar até conseguir experimentar um profundo estado de paz e de relaxamento...

Agora precisa voltar... retorne lentamente e abra os olhos bem devagar...”

Guião para Técnica de Relaxamento por imaginação Guiada 5

O RIO

“Imagine-se num barco que desliza suavemente pelas águas calmas de um rio... Ouça o barulho quase imperceptível da água contra o casco... sinta o suave balanço...

Agora repare que começou a surgir um vento leve, que provoca uma ondulação um pouco maior... reme calmamente até à margem... ancore o barco e fique a apreciar o ambiente que o rodeia...

Repare nos ruídos que vêm do interior da floresta... Observe os pássaros e ouça o seu canto livre, afinado, suave... compartilhe dessa liberdade... o sítio onde se encontra é só seu... não há nada nem ninguém que o incomode... sinta o balançar do barco, a forma como o vento, morno, acaricia o seu rosto... O vento acalmou... a ondulação é outra vez inexistente... solte o barco... que balance suavemente e deslize pelas águas límpidas, vagarosamente...

Sinta como está relaxado... todos os seus músculos estão descontraídos... aproveite o momento... esta calma, este sossego, transmitem-lhe paz... sente-se leve, interiormente... o seu corpo está a receber toda a energia positiva que paira no ambiente... Todas as suas preocupações e angústias estão a desaparecer... a ansiedade, as tensões, os medos... ficam para trás... espreguice-se... relaxe...

Quando se sentir completamente bem vá abrindo os olhos... deixe-se ficar confortável... e repare como se está a sentir bem...”

Guião para Técnica de Relaxamento por imaginação Guiada 6

A ILHA

“Imagine-se a passear numa linda e exuberante praia... a praia está deserta e você caminha lentamente e despreocupado... os seus pés tocam suavemente na areia... a areia é macia e morna... ao fundo tem uma ilha... essa ilha também está deserta, entre na água, o mar está calmo, as águas são rasas, você não precisa nadar... entre na ilha, caminhe por ela... sente-se e observe a natureza... está tudo em perfeita harmonia... repare à sua volta... sinta o perfume da floresta... respire profundamente... perceba como é boa essa troca de ar... que revitaliza as células do seu sangue... sinta uma energia muito boa no seu corpo... está a sentir-se muito bem... está em paz consigo mesmo... agora levante-se e caminhe até à areia, sem pressa... deite-se e deixe os raios solares penetrarem suavemente no seu corpo... sinta a sua energia... deixe-se tocar pela brisa suave e fresca que vem do mar... sinta-a a acariciá-lo...

Agora todas as suas preocupações desapareceram, nada o perturba... você está calmo... tranquilo e com óptima sensação de bem-estar... está em perfeita harmonia com a natureza... Estique os braços... espreguice-se... espreguice-se novamente... e, lentamente... quando se sentir preparado... abra os olhos lentamente...”

ANEXO II

ESCALAS UTILIZADAS PARA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA E DE RESULTADOS

ESCALA DE HAMILTON PARA A DEPRESSÃO

Nome: _____ Sexo: __ Idade: __ Cama: __

Serviço: _____

Para cada questão, assinalar a que melhor se aplica.

1. Humor depressivo

- 0. Inexistente
- 1. Apenas detectado quando inquirido
- 2. Referido por comunicação verbal espontânea
- 3. Detectado sem comunicação verbal (expressão facial, voz, choro fácil)
- 4. o doente relatou estes sintomas em comunicação espontânea verbal e não verbal

2. Trabalho e actividades

- 0. Sem dificuldades
- 1. Fadiga, fraqueza ou pensamentos/sentimentos de incapacidade (relacionada com o trabalho, actividades, hobbies)
- 2. Perda de interesse (directa ou indirectamente relatado através de falta de atenção, indecisão e vacilação)
- 3. Diminuição do tempo dispendido em actividades ou diminuição da produtividade
- 4. Parou de trabalhar devido à doença actual

3. Sintomas somáticos, gastrointestinais

- 0. Nenhum
- 1. Perda de apetite (mas come sem precisar de incentivo; sensação de abdómen pesado)
- 2. dificuldade em comer sem incentivo (pede ou necessita de laxantes ou medicação para os intestinos ou sintomas gastrointestinais)

4. Perda de peso

- 0. Nenhuma perda de peso ou perda de peso não causada pela doença actual
- 1. Perda de peso provavelmente associada à doença
- 2. Perda de peso (segundo opinião do doente)

5. Insónia, precoce

- 0. Sem dificuldade em adormecer
- 1. Dificuldade ocasional em adormecer (mais de ½ hora)
- 2. Dificuldade em adormecer à noite

6. Insónia, meio da noite

- 0. Sem dificuldades
- 1. Queixas de sono agitado durante a noite
- 2. Acorda durante a noite (se sair da cama, excepto para urinar ou evacuar, equivale a 2 pontos)

7. Insónia, tardia

- 0. Sem dificuldades
- 1. Acorda de madrugada, mas volta a adormecer
- 2. Não consegue voltar a adormecer se sair da cama

8. Sintomas somáticos, Gerais

- 0. Nenhum
- 1. Peso nos membros, costas ou cabeça (dores nas costas, dores de cabeça, dores musculares; perda de energia e fadiga)
- 2. Qualquer sintoma bem definido equivale a 2 pontos

9. Sintomas genitais

- 0. Ausentes
- 1. Moderados
- 2. Graves

10. Sentimentos de culpa

- 0. Ausentes
- 1. Auto-censura
- 2. Sentimentos de culpa ou remoer sobre erros ou pecados passados
- 3. A doença presente é um castigo. Ilusão de culpa.
- 4. Ouve vozes acusadoras os denunciadoras e ou tem alucinações visualmente ameaçadoras

11. Suicídio

- 0. Ausente
- 1. Sente que a vida não vale a pena ser vivida
- 2. Deseja morrer (ou pensamentos sobre a própria morte)
- 3. Ideias ou gestos suicidas
- 4. Tentativas de suicídio
- 5. Tentativas de suicídio (qualquer tentativa séria equivale a 4 pontos)

12. Ansiedade, Psíquica

- 0. Ausente
- 1. Tensão e irritabilidade subjectivas
- 2. Preocupa-se com assuntos menores
- 3. Atitude apreensiva detectada na face ou no discurso
- 4. Medo expresso sem ser questionado

13. Ansiedade, Somática

- 0. Ausente
- 1. Leve
- 2. Moderada
- 3. Grave
- 4. Incapacitante

14. Hipocondria

- 0. Ausente
- 1. Auto-absorvimento pelo corpo
- 2. Preocupação com a saúde
- 3. Queixas frequentes, pedidos de ajuda
- 4. Ilusões hipocondríacas

15. Retardamento

- 0. Discurso e pensamentos normais
- 1. Ligeiro retardamento na entrevista
- 2. Retardamento óbvio na entrevista
- 3. Entrevista difícil
- 4. Letargia completa

16. Agitação

- 0. Nenhuma
- 1. Inquietação
- 2. “Brincar com” as mãos, cabelo, etc.
- 3. Movimenta-se, não consegue estar sentado
- 4. Torcer as mãos, morder as unhas, puxar os cabelos, morder os lábios

17. Observação própria

- 0. Reconhece estar deprimido e doente
- 1. Admite a doença mas atribui a causa à má comida, ao clima, ao excesso de trabalho, a um vírus, à necessidade de descansar ou outra desculpa
- 2. Nega completamente estar doente

18. Variação diurna

- 0. Ausente
- 1. Moderada
- 2. Grave

19. Despersonalização e Desrealização

- 0. Ausente
- 1. Ligeira
- 2. Moderada
- 3. Grave
- 4. Incapacitante

20. Sintomas paranóides

- 0. Nenhum
- 1. Suspeita
- 2. Ideias de referência
- 3. Ilusões de referência e perseguição

21. Sintomas Obsessivos e compulsivos

- 0. Ausentes
- 1. Moderados
- 2. Graves

Status e Correção da escala de Hamilton para a Depressão

- ...em grau reduzido (0-7, segundo escala de avaliação de Hamilton)
- ...em grau moderado (8-17, segundo escala de avaliação de Hamilton)
- ...em grau elevado (18-25, segundo escala de avaliação de Hamilton)
- ...em grau muito elevado (26+, segundo escala de avaliação de Hamilton)

ESCALA DE HAMILTON PARA A DEPRESSÃO

Nome: _____

Idade: _____

Data de admissão: _____ Diagnóstico Médico: _____

serviço: _____

Dia de avaliação									
Questão									
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
TOTAL									
ENFERMEIRO									

Indicador NOC – Autocontrolo: Ansiedade

Nome: _____ Cama: _____

Serviço: _____

AUTOCONTROLO: ANSIEDADE	Nunca Demonstra	Demonstra Raramente	Demonstra Algumas Vezes	Demonstra Frequente/	Demonstra Sempre
Definição - Capacidade para eliminar ou reduzir sentimentos de apreensão e tensão resultantes de fontes identificadas. INDICADORES:					
Monitoriza a intensidade da ansiedade	1	2	3	4	5
Diminui os estímulos do meio envolvente quando ansioso	1	2	3	4	5
Procura informação para redução da ansiedade	1	2	3	4	5
Planeia estratégias de coping para situações de stresse	1	2	3	4	5
Usa estratégias de coping efectivas	1	2	3	4	5
Usa técnicas de relaxamento para reduzir a ansiedade	1	2	3	4	5
Informa a diminuição da duração dos episódios	1	2	3	4	5
Informa o aumento do período de tempo entre os episódios	1	2	3	4	5
Mantém a representação de papéis	1	2	3	4	5
Mantém relações sociais	1	2	3	4	5
Mantém concentração	1	2	3	4	5
Informa a ausência de distorções de percepção sensoriais	1	2	3	4	5
Refere sono adequado	1	2	3	4	5
Informa a ausência de manifestações físicas da ansiedade	1	2	3	4	5
Manifestações comportamentais de ausência de ansiedade	1	2	3	4	5
Controla a resposta à ansiedade	1	2	3	4	5
Outros _____	1	2	3	4	5

Indicadores NOC – Equilíbrio do Humor

Nome: _____ Cama: _____

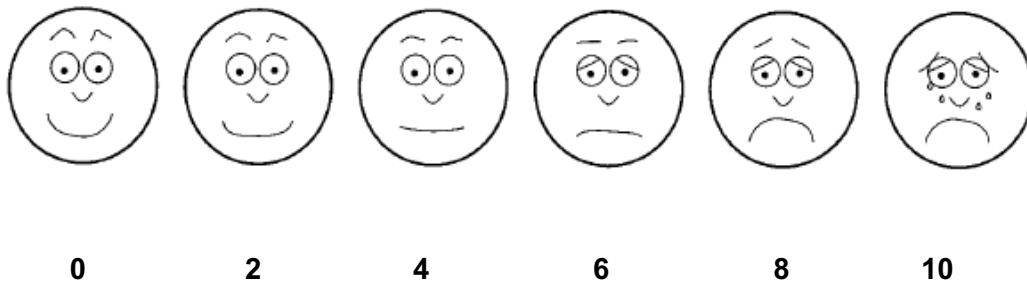
Serviço: _____

Equilíbrio do Humor	Nunca Demonstra	Raramente Demonstra	Demonstra Algumas Veze	Demonstra Muitas Vezes	Demonstra Sempre
Indicadores:					
Demonstra afectos adequados	1	2	3	4	5
Não demonstra labilidade emocional	1	2	3	4	5
Demonstra controlo sobre os impulsos	1	2	3	4	5
Apresenta sono adequado(5 a 24h)	1	2	3	4	5
Demonstra concentração	1	2	3	4	5
Fala com respeito	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de fuga de ideias	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de grandiosidade	1	2	3	4	5
Demonstra ausência de euforia	1	2	3	4	5
Demonstra cuidados de higiene apropriados	1	2	3	4	5
Veste roupas adequadas às circunstâncias	1	2	3	4	5
Mantém peso estável	1	2	3	4	5
Apresenta apetite normal	1	2	3	4	5
Apresenta adesão ao regime terapêutico	1	2	3	4	5
Mostra interesse por aquilo que o rodeia	1	2	3	4	5
Ausência de ideação suicida	1	2	3	4	5
Apresenta níveis de energia adequados	1	2	3	4	5
Apresenta capacidade para cumprir as tarefas diárias	1	2	3	4	5
Outro _____ (especificar)	1	2	3	4	5

Avaliação	Data	Enfermeiro

Escala de Faces de Dor

Escala de Faces



Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e a expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

Foi realizado ajustamento do score por face (de 0-5 como preconizado pela DGS, para 0-10) para concordância com Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, permitindo fidedignidade no registo.

Referência:
PORTUGAL; Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde - *Circular Normativa* nº 9/DGCG de 14/6/2003.

ANEXO XII

**PESQUISA SOBRE TESTES ENZIMÁTICOS DE URINA PARA PESQUISA
DE METABOLITOS DE SUBSTÂNCIAS DE ABUSO**

PESQUISA SOBRE TESTES ENZIMÁTICOS DE URINA PARA PESQUISA DE METABOLITOS DE SUBSTÂNCIAS DE ABUSO

O Piac dispõe de testes rápidos de pesquisa de substâncias de abuso na urina, que são aplicados criteriosamente aos utentes. Os testes disponíveis permitem testar a presença de canabinóides (THC), opiáceos, benzodiazepinas, ecstasy e cocaína. Em seguida são apresentadas as especificações, por tipo de teste.

THC

Tempo de leitura: até 5 minutos

Armazenamento/Estabilidade: Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar.

Colheita e preparação da amostra: Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.

Procedimento do teste: O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C).

- 1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana.
- 2 - Segure o conta-gotas verticalmente e adicione, exactamente, quatro gotas da amostra de urina ao poço de amostra.
- 3-Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período.

Sensibilidade: detecta THC na urina quando a concentração é superior a 50ng/ml.

Cocaína

Tempo de leitura: até 5 minutos

Armazenamento/Estabilidade: Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar.

Colheita e preparação da amostra: Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras

congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.

Procedimento do teste: O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C).

1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana.

2 - Segure o conta-gotas verticalmente e adicione, exactamente, quatro gotas da amostra de urina ao poço de amostra.

3-Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período.

Sensibilidade: detecta Cocaína na urina quando a concentração é superior a 300 ng/ml.

Opiáceos

Tempo de leitura: até 5 minutos

Armazenamento/Estabilidade: Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar.

Colheita e preparação da amostra: Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.

Procedimento do teste: O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C).

1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana.

2 - Introduza a tira teste na amostra de forma a que as setas se encontrem direccionadas para a urina. Depois de 3 segundos retire a tira teste e coloque-a sobre uma superfície plana, limpa, seca e não absorvente (como a boca do recipiente de urina) - *Importante: não permita que o nível de urina ultrapasse a marca indicada na tira (MAX), caso contrário o teste não de desenvolverá correctamente.*

3 - Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período.

Sensibilidade: detecta Opiáceos na urina quando a concentração é superior a 300 ng/ml.

Benzodiazepinas

Tempo de leitura: até 5 minutos

Armazenamento/Estabilidade: Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar.

Colheita e preparação da amostra: Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.

Procedimento do teste: O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C).

1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana.

2 - Segure o conta-gotas verticalmente e adicione, exactamente, quatro gotas da amostra de urina ao poço de amostra.

3-Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período.

Ecstasy

Tempo de leitura: até 5 minutos

Armazenamento/Estabilidade: Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar.

Colheita e preparação da amostra: Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.

Procedimento do teste: O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C).

1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana.

2 - Segure o conta-gotas verticalmente e adicione, exactamente, quatro gotas da amostra de urina ao poço de amostra.

3-Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período.

Testes Imuno-enzimáticos para pesquisa de substâncias de abuso na urina – Quadro síntese

Substância a testar	Armazenamento / Estabilidade	Colheita / Preparação da amostra	Procedimento do teste	Tempo de leitura do teste	Sensibilidade	Tempo de retenção da substância no organismo ¹
THC	Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar.	Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.	O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C). 1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana. 2 - Segure o conta-gotas verticalmente e adicione, exactamente, quatro gotas da amostra de urina ao poço de amostra. 3-Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período.	até 5 minutos	detecta THC na urina quando a concentração é superior a 50ng/ml.	Fumador moderado (4 vezes/semana) 5 dias Fumador pesado (diário) 10 days Tempo de retenção para fumadores crónicos pode ser de 20 dias

¹ SIEMENS Health Care Diagnostics - Test result interpretation: Frequently Asked Questions About Syva'S EMIT Drug-Abuse Test. Estados Unidos da América, Siemens Health Care Diagnostics: 2009.

COCAÍNA	<p>Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar.</p>	<p>Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.</p>	<p>O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C). 1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana. 2 - Segure o conta-gotas verticalmente e adicione, exactamente, quatro gotas da amostra de urina ao poço de amostra. 3-Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período.</p>	Até 5 minutos	<p>detecta Cocaína na urina quando a concentração é superior a 300 ng/ml.</p>	2 a 4 dias
OPIÁCEOS	<p>Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar.</p>	<p>Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.</p>	<p>O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C). 1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana. 2 - Introduza a tira teste na amostra de forma a que as setas se encontrem direccionadas para a urina. Depois de 3 segundos retire a tira teste e coloque-a sobre uma superfície plana, limpa, seca e não absorvente (como a boca do recipiente de urina) - <i>Importante: não permita que o nível de urina ultrapasse a marca indicada na tira (MAX)</i>, caso contrário o teste não de desenvolverá correctamente. 3-Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período.</p>	Até 5 minutos	<p>detecta Opiáceos na urina quando a concentração é superior a 300 ng/ml.</p>	2 dias

BENZODIAZEPINAS	<p>Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar.</p>	<p>Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.</p>	<p>O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C). 1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana. 2 - Segure o conta-gotas verticalmente e adicione, exactamente, quatro gotas da amostra de urina ao poço de amostra. 3-Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período</p>	Até 5 minutos	Sem dados	Sem dados
ECSTASY	<p>Conservar entre 4 - 30° C na embalagem selada até ao limite da data de validade. Proteger da luz do sol directa, da humidade e do calor. Não congelar</p>	<p>Recolher a amostra de urina num recipiente. As amostras de urina podem ser refrigeradas (2-8°C) e armazenadas durante 48h. Para um período de armazenamento mais longo congele as amostras (-20°C ou menos). Deixe que as amostras congeladas ou refrigeradas atinjam a temperatura ambiente antes de efectuar o teste.</p>	<p>O teste deve estar à temperatura ambiente (18-30°C). 1 - Remova o dispositivo de teste rasgando a embalagem numa das extremidades e coloque-o numa superfície plana. 2 - Segure o conta-gotas verticalmente e adicione, exactamente, quatro gotas da amostra de urina ao poço de amostra. 3-Leia o resultado em 5 minutos. Não ler o resultado depois deste período</p>	Até 5 minutos	Sem dados	Para anfetaminas, aproximadamente 48h

ANEXO XIII

CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO PSICOEDUCATIVO DE JOVENS ABSTINENTES E PLANEAMENTO DE SESSÕES

Caracterização do grupo psicoeducativo de jovens abstinentes

A caracterização do grupo psicoeducativo foi realizada no momento da sua formação pela equipa do PIAC, em momento prévio.

UTENTE	GÉNERO	IDADE	CONTEXTO PSICOSSOCIAL
Utente A	Masculino	14	Encontra-se integrado na família. Actualmente frequenta curso profissional. Consome tabaco regularmente e já experimentou haxixe. O controlo regular de metabólitos tem demonstrado abstinência.
Utente B	Masculino	15	Encontra-se institucionalizado num CAT (Centro Acolhimento Temporário), frequenta o 6º ano de escolaridade de um curso profissional. Experimentou cannabis no Lar, com amigos. Actualmente abstinente.
Utente C	Masculino	13	Encontra-se institucionalizado num CAT. Frequenta o 6º ano de escolaridade de um curso profissional. Fuma tabaco regularmente e experimentou haxixe.
Utente D	Feminino	15	Iniciou consumos de tabaco aos 11 anos e experimentou haxixe aos 12. Encontra-se institucionalizada neste momento. Frequenta o ensino normal.
Utente E	Masculino	15	Vive com os pais e frequenta o ensino normal. Teve várias experiências de consumo de haxixe mas neste momento encontra-se abstinente.
Utente F	Feminino	16	Frequenta curso profissional. Experimentou haxixe com 15 anos e neste momento encontra-se abstinente.

6ª Sessão – “Assertividade”

Data: 15 de Dezembro de 2010

Duração: 60 minutos

- 5 minutos para explicações gerais
- 10 minutos para sensibilização e realização
- 35 minutos para apresentação e discussão

Local: <i>Setting</i> de dinâmicas de grupo do PIAC		
Objectivo	Método	Conteúdo
<ul style="list-style-type: none">✓ Abordar o conceito de assertividade.✓ Promover atitudes assertivas em momentos de crise.	Participativo	<p>A sessão consistiu numa exploração de diversos cenários onde cada utente estaria exposto a uma crise. A cada um foi pedido que explanasse como seria a sua atitude relativamente à situação, e pedida a avaliação das possíveis consequências das suas atitudes e comportamentos. De seguida gerada discussão no grupo sobre se essas consequências seriam as mais desejáveis, e a proposta de comportamentos mais assertivos, e promotores de acordo.</p> <p>Entre os cenários propostos, figuraram os seguintes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ser, de algum modo, injustiçado, por exemplo por uma pessoa que lhe passa à frente indevidamente numa fila (um outro a fazer-lhe mal a si);- Ser instigado ao consumo de substâncias de abuso contra a sua vontade, ou pressionado pelos pares (o próprio a fazer mal a si);- Ser-lhe pedido que fizesse algo contra a sua vontade que pudesse provocar dano a outra pessoa, como agredir um colega, ou estranho (o próprio a fazer mal a outro).
<p><u>Avaliação da sessão:</u> Apesar de só terem estado presentes 2 utentes, a sessão decorreu com normalidade, tendo sido produtiva. Houve diálogo entre os utentes, que partilharam atitudes diferentes face aos cenários propostos (um mais assertivo e apaziguador, um revelando comportamento mais agressivo e gerador de conflito). A partilha de ideias entre ambos e com os técnicos permitiu-lhes perceber o conceito de assertividade.</p>		

7ª Sessão - “Do que me Despeço e o que Recomeço”

Data: 05 de Janeiro de 2011

Duração: 60 minutos

- 5 minutos para explicações gerais
- 10 minutos para sensibilização e realização
- 35 minutos para apresentação e discussão

Local: Setting de dinâmicas de grupo do PIAC		
Objectivo	Método	Conteúdo
<p>✓ Promover um espaço para reavaliação de aspectos importantes da vida, criando maior disponibilidade para mudança e comprometimento pessoal com valores importantes para si – trabalhar fase manutenção</p> <p>✓ Reforçar a mudança comportamental (abstinência de consumos).</p> <p>✓ Promover adesão a estilos de vida saudável.</p>	Participativo	<p>A sessão teve como tema central “Do que me despeço e o que recomeço”. Os utentes presentes foram convidados a partilhar os melhores aspectos de 2010, e quais as emoções, atitudes e comportamentos que querem <i>transportar</i> consigo para o ano de 2011. Igualmente, foram convidados a partilharem quais as emoções, atitudes e comportamentos que desejam não repetir em 2011 e quais as estratégias que prevêem usar para o mesmo. Foi dado especial enfoque aos consumos de substâncias.</p>
<p><u>Avaliação da sessão:</u> explicados os objectivos da sessão, os utentes pareceram pouco expectantes. Com o início da sessão foi necessária mediação frequente, pois os utentes tiveram dificuldade em analisar o seu passado próximo em busca de emoções e situações positivas e negativas.</p>		

8ª Sessão - “As drogas”

Data: 15 de Janeiro de 2011

Duração: 60 minutos

- 5 minutos para explicações gerais
- 45 minutos para partilha e discussão

Local: Setting de dinâmicas de grupo do PIAC		
Objectivo	Método	Conteúdo
<ul style="list-style-type: none">✓ Educar para a saúde no que diz respeito aos efeitos físicos e sociais das substâncias de abuso.✓ Promover manutenção da abstinência por consciencialização das consequências negativas dos consumos.	Participativo	<p>Foram abordados os tipos de consumos apresentados pelos utentes no passado, e exploradas as consequências físicas e sociais dos mesmos. Foi estimulada a partilha entre os diversos elementos do grupo. Os relatos foram completados com informações pertinentes sobre as substâncias que foram sendo abordadas, assim como enfatizados os aspectos negativos relativamente à sensação fugaz de bem-estar dos consumos.</p> <p>O referencial que foi considerado foi o constante do site do IDT, I.P., apresentado em página anexa.</p>
<p><u>Avaliação da sessão:</u> Estiveram presentes 4 elementos do grupo. Apesar da pouca motivação inicial, foi estimulada a partilha de experiências. De um modo geral foram citados apenas aspectos positivos do consumo de álcool e haxixe (“ficar mais fixe”, “curtir”, “ficar mais desinibido” (sic)), sendo necessária intervenção para que referissem também aspectos negativos. Os aspectos negativos referidos foram meramente sociais, permitindo inferir falta de conhecimento sobre efeitos físicos dos consumos. Foi realizada educação para a saúde relativamente a este aspecto, utilizando a mesma técnica (grupo psicoeducativo).</p>		

